FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André GUILLEMIN
Externe des Hôpitaux de Paris
Né à Paris, le 1er janvier 1888

TRAITEMENT

DES

Métrites cervicales chroniques

PAR LES

Cautérisations au Caustique de Filhos

Président : M. HARTMANN, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

AUX CAMARADES

Tombés au Champ d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur HARTMANN

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur ARMAND SIREDEY

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

Hommage de ma profonde reconnaissance et de ma respectueuse affection.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur GEORGES LABEY

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur PAUL LAUNAY

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur A. RICARD

Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur DANLOS

Médecin des Hôpitaux

In memoriam

Monsieur le Docteur GALLIARD

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur MOSNY

Médecin des Hôpitaux

In memoriam

Monsieur le Docteur TRIBOULET

Médecin des Hôpitaux

In memoriam

Monsieur le Docteur A. SIREDEY

Médecin des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur PETITJEAN

En témoignage de ma reconnaissance.

TRAITEMENT

DES

Métrites cervicales chroniques

PAR LES

Cautérisations au Caustique de Filhos

INTRODUCTION

Les métrites chroniques sont certainement les plus fréquentes des maladies de l'appareil génital ; elles sont aussi des affections très rebelles dont le traitement est considéré comme difficile et très souvent infidèle.

La multiplicité et la variété des moyens conseillés pour combattre les métrites chroniques (totales ou cervicales) témoignent de l'insuffisance des traitements employés contre les métrites chroniques.

Parmi les très nombreux traitements médicaux, il en est un, qui est « d'une efficacité certaine » pour traiter les métrites cervicales chroniques, c'est le traitement par les cautérisations au caustique de Filhos, traitement que G. Richelot a remis en honneur, il y a vingt ans, par une communication faite en 1900 à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie de Paris.

Les nombreuses communications de Richelot, les observations d'un certain nombre de gynécologues, les résultats signalés dans la thèse de Macron (1) ne laissent aucun doute sur l'efficacité du traitement.

Notre maître le Dr A. Siredey qui, dès 1902, fut un des premiers gynécologues à employer la méthode de Richelot, n'a cessé depuis dix-huit ans de préconiser ce traitement, comme un traitement efficace contre les métrites chroniques du col à forme catarrhale.

Depuis 1902, notre maître le Dr A. Siredey évalue à plus de 300 par an le nombre des malades qui, traitées dans son service et à la consultation de Gynécologie du service, ont été guéries par les cautérisations par le caustique de Filhos.

Enfin, citons l'opinion de M. le professeur Hartmann. Parmi les traitements médicaux des métrites chroniques du col « dans les métrites suppurantes du col le meilleur moyen est celui qu'a recommandé Richelot. Ce moyen, pour surprenant qu'il paraisse, n'en est pas moins d'une efficacité certaine et d'une application des plus pratiques (2) ».

Et cependant, malgré de tels résultats, malgré de telles affirmations, par suite d'une crainte excessive de certains incidents, ce traitement est peu connu ou très peu pratiqué. L'atrésie, qui a toujours été l'incident redouté du traitement, peut se produire ; elle

1. Thèse de Paris, 1903-1904).

2. *Le traitement des métrites* par le professeur Hartmann (*Journal des Praticiens*, 18 mars 1916).

résulte généralement d'une technique défectueuse ou d'une surveillance insuffisante due à la négligence des malades.

Sur le conseil de notre maître le Dr A. Siredey, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, il nous a paru intéressant et très utile d'affirmer par un très grand nombre d'observations les très beaux résultats que l'on peut obtenir par ce traitement, d'exposer très complètement la technique détaillée de ce traitement et de montrer que, pratiqué suivant une bonne technique et par un opérateur qui en a l'habitude, ce traitement ne comporte, en général, aucun incident sérieux et donne toujours les meilleurs résultats.

Depuis plus d'un an que nous avons entrepris ce travail (mars 1919 à juin 1920) nous avons pu recueillir plus de 300 observations personnelles, de malades traitées dans le service et à la consultation de Gynécologie du Dr A. Siredey à l'hôpital Saint-Antoine. Ces observations portent sur un minimum de quatre mois d'observation (pendant les deux mois du traitement et pendant les deux mois qui suivent la guérison) ; le plus grand nombre portent sur six ou huit mois et même un certain nombre affirment la guérison de malades traitées, il y a plusieurs années, revues au cours de cette année.

De ces 300 observations personnelles, que nous mentionnons dans notre travail, nous donnons l'observation résumée de 100 traitements et en outre toutes les observations présentant certaines particularités.

Avant d'exposer la technique du traitement, il nous a paru intéressant de rappeler dans un chapitre de généralités les caractères essentiels des métrites chroniques du col, d'énumérer les nombreux moyens médicaux employés contre les métrites chroniques en en montrant leur impuissance ou leur insuffisance.

Enfin, sans vouloir nier les bons résultats que l'on peut obtenir des opérations sur le col, opérations très rarement pratiquées actuellement, nous opposerons au traitement chirurgical le traitement par le caustique de Filhos, parce que d'une efficacité certaine il est beaucoup plus simple et beaucoup plus pratique.

En résumé, cette étude comprendra trois chapitres principaux :

Chapitre premier. — Les métrites cervicales chroniques. Principaux procédés thérapeutiques employés pour le traitement des métrites chroniques. Leur critique. Indications du traitement par le caustique de Filhos. Historique du caustique de Filhos.

Chapitre II. — Technique du traitement. Résultats du traitement. Résultats éloignés du traitement. Incidents du traitement. Contre-indications du traitement.

Chapitre III. — Les observations.

CHAPITRE PREMIER

LES MÉTRITES CERVICALES CHRONIQUES

Dans ce chapitre, nous n'avons pas l'intention de faire une revue générale de l'étude des métrites chroniques du col, nous voulons seulement en rappeler quelques caractères essentiels :

1° Au point de vue anatomo-pathologique, pour montrer pourquoi cette affection est si rebelle à tous les traitements habituellement employés et pourquoi le traitement par les cautérisations au caustique de Filhos est d'une efficacité certaine.

2° Au point de vue de l'étiologie, de la pathogénie, des conditions pathogéniques et de la symptomatologie, pour rappeler la fréquence de ces affections, pour insister sur le caractère essentiellement insidieux de l'évolution de ces affections, dont le traitement ne sera entrepris, le plus souvent, que plusieurs mois ou plusieurs années après le début des lésions.

Avant d'aborder cette étude résumée des métrites chroniques du col, pour mettre immédiatement en évidence l'importance des métrites chroniques du

col nous commencerons par rappeler cette notion essentielle de l'évolution anatomique des métrites chroniques : *la métrite du corps utérin s'atténue et peut guérir spontanément, celle du col tend à persister indéfiniment.*

Cette notion essentielle est admise actuellement par la plupart des auteurs ; G. Richelot, en considérant les nombreux cas de la pratique de chaque jour, l'énonce par cette formule générale : « *La métrite chronique est le plus souvent une métrite cervicale.* »

Anatomie pathologique des métrites chroniques du col

L'anatomie pathologique des métrites chroniques est actuellement très bien connue. Quelle que soit la nature de l'infection utérine à l'origine de l'inflammation de l'utérus, gonococcie ou puerpuéralité, les altérations que l'on observe dans les métrites chroniques sont à peu près les mêmes ; au niveau du corps comme au niveau du col on trouve un ensemble de lésions qui sont les mêmes. De tous les éléments constituants de l'utérus, c'est la muqueuse qui est le plus fréquemment atteinte dans les métrites ; dans les métrites chroniques, les lésions de la muqueuse

Pour la rédaction de ce chapitre nous avons eu recours aux *Traités de Gynécologie* de S. Pozzi, de Labadie, Lagrave et Legueu, de Forgue et Massabuau et surtout au *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale* de J.-L. Faure et A. Siredey.

sont, le plus souvent, les lésions principales et prépondérantes.

En dehors des lésions qui lui sont communes avec la métrite du corps, épaississement de la muqueuse, altération de l'épithélium, multiplication des cellules normales du tissu conjonctif, travées fibreuses au sein du parenchyme, infiltration leucocytaire autour des glandes et des vaisseaux, la métrite chronique du col présente des lésions spéciales qui la caractérisent.

1° *C'est tout d'abord la prédominance des altérations des glandes de la muqueuse.*

A l'œil nu, on constate des modifications dans l'aspect de la muqueuse : lisse et blanchâtre, à l'état normal, elle est inégale et boursouflée, molle et d'un rouge livide. Elle est très épaissie, son épaisseur pouvant atteindre jusqu'à cinq ou dix fois la normale, c'est-à-dire 1 centimètre au lieu de 1 millimètre. La muqueuse est fongueuse ou villeuse ; souvent elle forme de véritables polypes muqueux, ces polypes glandulaires sont parfois assez volumineux pour sortir par l'orifice du museau de tanche.

Au microscope, le processus de la métrite du col se caractérise aussi.

L'altération des glandes est profonde. Elles sont très irrégulières, anfractueuses, très ramifiées, affectant souvent la disposition en grappe ; elles s'allongent et les culs-de-sac glandulaires s'enfoncent encore plus profondément dans l'épaisseur de la paroi musculaire, *d'où l'impossibilité de les détruire*

avec la curette ou de les atteindre par les agents chimiques, qui agissent seulement en surface sur la muqueuse endo-cervicale.

Les cellules qui tapissent les glandes comme celles qui revêtent la surface de la muqueuse sont en état de dégénérescence. Les glandes du col infectées donnent une abondante sécrétion muqueuse, épaisse, adhérente et visqueuse : le plus souvent elle est trouble et purulente, mais elle peut être claire malgré la persistance des microbes et même celle du gonocoque. Pour la métrite chronique blennorrhagique, on trouve à la surface de la muqueuse une grande quantité de leucocytes, et parmi ceux-ci ou dans leur intérieur on trouve des gonocoques. Les glandes sont, les unes intactes, les autres obstruées par un bouchon de mucus ; on y voit aussi des gonocoques.

Œufs de Nahoth. — Un grand nombre de glandes, comprimées par la prolifération interstitielle, oblitérées sur quelques points, présentent des renflements, des dilatations kystiques, qui se traduisent quelquefois par des bosselures de la surface externe du col.

Par suite de l'accroissement des glandes dans la profondeur, elles arrivent à traverser de dedans en dehors presque toute l'épaisseur de la paroi cervicale, et, n'étant plus recouvertes que par l'épithélium pavimenteux stratifié du museau de tanche, ces glandes dilatées sont parfaitement visibles au spéculum, sous la forme de petits kystes arrondis, plus

ou moins transparents, suivant que le mucus qu'ils renferment est limpide, opalin ou muco-purulent.

Quant aux lésions du parenchyme, il y a participation assez fréquente du parenchyme musculaire à l'inflammation : elle est caractérisée par l'augmentation de l'épaisseur de la paroi avec agrandissement de la cavité.

Les vaisseaux lymphatiques sont dilatés, les vaisseaux artériels se sclérosent, d'où l'aspect de beaucoup de cols, d'abord mous et saignants, puis fibroïdes et un peu durs.

L'érosion du col. — On désigne sous ce nom un peu général une lésion du museau de tanche assez commune dans les métrites chroniques du col ; elle se présente sous la forme d'une surface dépolie ressemblant à une véritable ulcération superficielle.

En général, cette érosion est circulaire et circonscrit l'orifice externe du col, quelquefois elle se présente sous la forme d'une plaque isolée arrivant au contact de l'orifice ou séparée de lui par une bande de muqueuse intacte. Les contours de l'érosion sont irréguliers, sa couleur est d'un rouge vif, qui tranche sur le fond rose pâle de la muqueuse du museau de tanche et son aspect, brillant, vernissé, granuleux est caractéristique.

Au point de vue de leur structure histologique, ces diverses altérations d'aspect érosif, que l'on observe si souvent au voisinage du col utérin, peuvent être

considérées dans la majorité des cas comme de *fausses ulcérations.*

Ectropion. — Le plus souvent, la tuméfaction de la muqueuse est si prononcée, que celle-ci est en quelque sorte à l'étroit dans la cavité cervicale ; elle tend à faire saillie en dehors, sous la forme d'un simple petit bourrelet rouge, qui borde l'orifice chez les nullipares.

Chez les femmes qui ont eu des enfants et dont le col a été plus ou moins déchiré, les lèvres se renversent en dehors, par un phénomène analogue à celui qui produit l'ectropion des paupières sous la double influence de l'épaississement de la muqueuse et de la rétraction fibreuse du parenchyme sclérosé.

Erosions. — Quelquefois, on peut observer chez des nullipares, en dehors de l'anneau saillant que forme la muqueuse intra-cervicale, des lésions plus ou moins étendues d'apparence érosive. A la suite de modifications produites par certains écoulements l'épithélium pavimenteux normal de la portion vaginale du col se trouve remplacé par l'épithélium cylindrique, puis des glandes se développent, subissant la prolifération active que l'on observe du côté de la muqueuse intra-cervicale.

Ulcérations. — Enfin, exceptionnellement, il peut y avoir des ulcérations vraies, sur lesquelles à la place de l'épithélium on ne constate que des cellules embryonnaires.

Les déchirures du col, qui sont très fréquentes chez les femmes qui ont eu des enfants, ne présentent

aucune particularité importante au point de vue histologique.

Par la prédominance et par l'importance des altérations des glandes de la muqueuse, les lésions de la métrite cervicale, qu'elles s'accompagnent ou non d'érosions ou d'ulcérations, sont des lésions essentiellement chroniques.

L'altération des glandes est très profonde, surtout pour les métrites cervicales chroniques blennorrhagiques. La situation très profonde des glandes, la formation des œufs de Nahoth expliquent l'inefficacité du curettage et de tous les caustiques n'ayant qu'une action superficielle. Pour supprimer ces lésions il faut une destruction complète de la muqueuse endo-cervicale ; le Filhos, caustique très diffusible, en pénétrant dans la profondeur des glandes, peut réaliser la destruction de cette muqueuse profondément infiltrée.

Etiologie. — Pathogénie des métrites chroniques. — Conditions pathogéniques

La métrite, qui est surtout une maladie de la période d'activité génitale de la femme, a pour origine, à l'état aigu ou chronique, dans l'immense majorité des cas, deux infections principales : l'infection puerpuérale, l'infection blennorrhagique.

En général, la métrite s'observe à l'état chronique, soit secondairement à la suite d'accidents aigus qui ont pu momentanément paraître guéris ou qui ont

pu passer inaperçus, soit le plus souvent d'emblée et cela aussi bien à la suite de l'infection puerpuérale, qu'à la suite de l'infection blennorrhagique.

La métrite chronique, puerpérale ou blennorrhagique, ne se montre parfois que longtemps après l'inoculation de l'agent infectieux. Il ne faut pas toujours considérer la métrite chronique comme la suite plus ou moins éloignée d'une métrite aiguë ou subaiguë, c'est très souvent le résultat d'une infection ayant évolué lentement, d'une façon sournoise et larvée, parfois même étant restée latente avant d'avoir fait son apparition et dont les premiers symptômes ne se révèlent qu'après une période de plusieurs mois ou de plusieurs années.

Cette notion générale de la pathogénie des métrites chroniques est très importante. Il nous semble très utile de rappeler les diverses conditions pathogéniques des métrites chroniques dans les formes les plus fréquentes, c'est-à-dire la métrite chronique blennorrhagique, la métrite chronique puerpuérale.

Métrite chronique blennorrhagique. — 1° Dans un certain nombre de cas, la métrite chronique blennorrhagique succède à une blennorrhagie utérine subaiguë ou aiguë. Ces deux formes sont assez fréquentes, soit qu'elles succèdent à l'extension rapide d'une vulvo-vaginite blennorrhagique, soit qu'elles proviennent d'emblée d'une inoculation directe sur le col utérin. Dans ces formes aiguës ou subaiguës l'infection gonococcique demeure rarement localisée

à l'utérus ; elle se propage aux trompes et au péritoine pelvien, les complications périmétritiques dominent la scène. Au cours de ces formes aiguës les malades ressentent de vives douleurs lombo-abdominales et utérines, elles souffrent de brûlure à la miction et perdent en abondance un liquide jaune verdâtre. Les malades doivent s'immobiliser et ces divers symptômes aigus ne peuvent pas passer inaperçus.

Quand les malades sont surveillées, soumises au repos au lit dès le début, l'infection peut rester localisée à l'utérus, elle s'atténue à la longue et passe ainsi à l'état chronique.

2° Quelquefois, la métrite blennorrhagique chronique peut-être la conséquence éloignée d'une vulvo-vaginite blennorrhagique de l'enfance.

3° Le plus souvent, la métrite blennorrhagique chronique est primitive ; elle est l'unique manifestation de l'infection gonococcique.

Nous arrivons à l'étiologie de beaucoup la plus fréquente pour la métrite blennorrhagique chronique : c'est la contagion par inoculation directe sur le col utérin de la goutte de l'urétrite chronique de l'homme. Cette inoculation du col joue un rôle très important dans l'étiologie de la blennorrhagie chronique d'emblée, la blennorrhagie par excellence des femmes mariées.

Ce léger suintement uréthral, auquel les intéressés n'attachent le plus souvent aucune importance, peut rester virulent pendant des mois et des années. Certains auteurs prétenderaient que sur 100 hommes

mariés 80 sont capables d'inoculer la blennorrhagie à leur femme. Le gonocoque, très longtemps virulent dans l'urètre de l'homme ou dans les glandes annexes, s'inocule directement sur le col utérin ou bien est porté dans le vagin au moment du coït : dans ce cas, il trouve dans la cavité vaginale, dont la muqueuse est recouverte d'épithélium pavimenteux stratifié et dont les sécrétions sont bactéricides, un assez mauvais milieu de culture, il brûle l'étape vaginale, pénètre dans le col utérin qui est pour lui un habitat excellent et y pullule, restant le plus souvent localisé au col. Les premiers jours du mariage, diverses circonstances favorisent la contagion : sous l'influence des excès de coït il y aura réveil de l'infection gonococcique du mari, d'autre part, la contamination se fera plus facilement au moment de la défloration, d'autant plus facilement que la répétition des rapports sexuels viendra encore accroître la congestion locale et l'irritation des organes génitaux traumatisés.

Deux éventualités : cette métrite cervicale chronique d'emblée s'installe sournoisement, insidieusement et évolue sans fracas à l'insu des malades ; cette métrite reste indolente ou peu douloureuse, ou ne se traduit que par des troubles fonctionnels légers, si bien que l'examen de l'utérus n'est généralement pratiqué qu'assez tard et c'est ainsi qu'elle peut rester méconnue pendant des mois et des années.

Dans d'autres cas, l'infection chronique du col

reste à l'état latent et c'est seulement plus tard, à la faveur d'une cause occasionnelle, un accouchement ou une fausse-couche, que la métrite chronique évolue et se réalise : il s'agit alors de métrites qui sont le plus souvent mixtes, gono-streptococciques.

Cette notion très importante de la contagion chronique d'emblée pour la plupart des métrites cervicales chroniques d'origine blennorrhagique est admise actuellement par tous les auteurs ; notre maître le Dr A. Siredey, dans son enseignement clinique à l'hôpital, ne cesse d'en signaler toute l'importance. Elle conduit à cette autre notion au point de vue du traitement prophylactique des métrites : le traitement prophylactique des métrites ne réside pas tout entier, comme l'écrivaient encore il y a quelques années certains auteurs, dans l'observation rigoureuse de l'asepsie dans les manœuvres obstétricales ou dans les soins des suites de couches ou des fausses couches mais « il convient également de se préoccuper des blennorrhées maritales et de l'importance de les traiter (1) ».

Métrite chronique puerpérale. — 1° Elle succède quelquefois à la métrite puerpérale aiguë et persiste comme le reliquat atténué de l'infection puerpérale. Cette étiologie est actuellement assez rare car l'infection puerpérale est beaucoup moins fréquente, depuis qu'une asepsie rigoureuse préside aux accouchements et même aux avortements.

1. *Le traitement des métrites*, par le professeur Hartmann (*Journal des Praticiens*, 18 mars 1916).

2° Le plus souvent, la métrite puerpérale chronique est chronique d'emblée. Elle est due à une infection tardive et causée vraisemblablement par des microbes moins virulents que ceux de la période aiguë. Cette forme chronique d'emblée apparaît un certain temps après l'accouchement, plusieurs jours ou plusieurs semaines après, lorsque l'utérus offre plus de résistance, lorsque la muqueuse est moins vulnérable mais avant que l'involution utérine soit complète. « Or, la subinvolution, conséquence fréquente d'une infection utérine *post partum*, devient elle-même une cause d'infection nouvelle, parce qu'elle maintient la cavité utérine dilatée, le col béant, ouvert à tous les germes et un utérus dont les moyens de défense sont singulièrement paralysés (1). »

Conditions pathogéniques. — La métrite puerpérale chronique d'emblée, qui a un début très insidieux et qui souvent ne donne lieu que plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'accouchement ou l'avortement à des manifestations symptomatiques susceptibles d'attirer l'attention des malades, résulte de diverses conditions pathogéniques qu'il nous semble très utile de rappeler :

a) Tout d'abord, lorsque l'accouchement n'a pas été normal, qu'il y a eu des interventions obstétricales au cours du travail ou des difficultés pour la délivrance, l'utérus est plus susceptible de s'infecter. Dans ces circonstances, si la surveillance des suites

1. J.-L. Faure et A. Siredey. *Anatomie pathologique des métrites. Traité de Gynécologie.*

de couches n'est pas assez rigoureuse, l'infection après une période subaiguë négligée s'installe et se perpétue à l'état chronique ;

b) Après l'accouchement normal, l'avortement spontané ou provoqué, l'utérus est dans un état d'hyperplasie et de congestion qui demanderait pour se dissiper progressivement des conditions hygiéniques spéciales. Or ces conditions sont très fréquemment négligées, soit par incurie dans les classes aisées, soit par nécessité dans les classes laborieuses. Les suites immédiates de l'accouchement ayant été aussi satisfaisantes que possible, beaucoup de femmes veulent se lever et reprendre prématurément leurs occuptions. Or, *l'involution de l'utérus ne se fait pas avec la même rapidité chez toutes les femmes.*

Pour le repos nécessaire après l'accouchement, trop souvent, on a tort d'obéir à des règles générales, qui sont très différentes selon les accoucheurs et les gynécologues. Pour notre maître le Dr A. Siredey, il ne doit pas y avoir de règles fixes pour le lever des accouchées. On doit en général attendre que l'utérus ait repris son volume normal. Si les femmes, après l'accouchement, se lèvent trop tôt ou reprennent leur travail ou leur vie active trop tôt, il y a arrêt de l'involution de l'utérus et cet état de subinvolution favorise l'infection chronique *post partum* par les germes contenus dans le vagin.

c) Le début de l'infection chronique a lieu aussi très souvent dans les conditions pathogéniques suivantes : soit après un accouchement, soit le

plus souvent après un avortement, et surtout, après un avortement provoqué, il est fréquent que des débris de placenta ou de membranes minimes séjournent pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois dans la cavité utérine, ne provoquant ni accidents septiques perceptibles, ni hémorragie inquiétante. Aseptiques au début, la plupart de ces rétentions placentaires se compliquent, insidieusement, tôt ou tard, de métrite : les débris de placenta ou de membranes représentent autant de centres d'infection, les sécrétions utérines, le sang qui s'écoule à chaque instant par le col, les explorations répétées chez ces malades, les pansements variés, les injections faites sans précautions, facilitent les pénétrations dans la cavité utérine de nombreux germes qui existent sur la muqueuse vaginale. Il en résulte un arrêt prolongé de l'involution et l'infection chronique d'emblée s'installe insidieusement comme dans la métrite chronique *post partum* en dehors de toute rétention placentaire ou déciduale. Ces conditions pathogéniques se trouvent le plus souvent réalisées à la suite des avortements provoqués, qui sont, actuellement, plus fréquents que jamais. En général, l'expulsion de l'œuf se fait en deux temps, le fœtus se détache seul, et le placenta, qui s'élimine spontanément dans les jours qui suivent, est très souvent éliminé incomplètement. Il en est de même à la suite des fausses couches méconnues. Ces fausses couches de quelques semaines surviennent, en particulier, dans les premiers mois du mariage après un retard

de quelques jours ; méconnues et négligées, elles deviennent ainsi le point de départ d'une métrite chronique.

Il résulte de ces considérations étiologiques et pathogéniques des notions très importantes pour le traitement prophylactique des métrites chroniques d'emblée *post partum* ou *post abortum*.

Prolonger la surveillance des femmes qui viennent d'accoucher, au delà des suites de couches immédiates : ne laisser ces femmes reprendre leur travail ou leur vie active que lorsque l'involution utérine est achevée.

Supprimer les rétentions partielles du placenta, même ne s'accompagnant pas de fièvre, ni d'aucun accident sérieux : cela ne pourra être fait, que, si par un interrogatoire minutieux et par un examen attentif de l'appareil génital, on aura pu soupçonner l'existence de rétentions placentaires ou déciduales.

Métrites chroniques catarrhales

Elles forment le groupe le plus important des métrites chroniques ; elles comprennent la métrite chronique blennorragique, la métrite chronique *post partum*.

Ces deux formes, qui sont les plus fréquentes des métrites chroniques, sont précisément celles qui sont justiciables du traitement par le caustique de Filhos.

Brièvement, nous allons rappeler les caractères essentiels de leur symptomatologie.

Métrite chronique blennorragique. — Très fréquente, beaucoup plus fréquente que la métrite puerpuérale, le plus souvent, elle s'installe sournoisement, insidieusement, et évolue sans fracas à l'insu des malades. D'emblée localisée au col, *c'est une métrite cervicale.* Le symptôme dominant et quelquefois unique de cette affection est la leucorrhée : *c'est une métrite catarrhale.* La leucorrhée est très abondante et à peu près continue, constituée par un mucus épais, glaireux, visqueux et filant, de couleur gris jaunâtre ou jaune verdâtre, mais quelquefois aussi, presque incolore ou légèrement opalin dans les formes très anciennes.

La bactériologie de cette leucorrhée est très intéressante et très importante à connaître. Elle se modifie à mesure que la métrite devient plus ancienne. Au début, pendant la phase subaiguë, le pus est constitué par des cellules épithéliales desquamées, des polynucléaires, de nombreux gonocoques et quelques microbes accessoires, qui sont surtout des cocci.

Plus tard, le nombre des gonocoques et des polynucléaires diminue, en même temps qu'augmente le nombre des microbes accessoires. A une phase plus avancée encore, les diplocoques ne se rencontrent qu'en très petit nombre et d'une façon intermittente, toujours situés en dehors des polynucléaires ; au contraire, les microbes d'infection secondaire sont

très nombreux et se présentent surtout sous forme de bâtonnets, de filaments et de streptobacilles. L'apparition de ces espèces microbiennes, de forme allongée, constituerait pour notre maître le Dr Siredey un indice de guérison.

Concluantes quand elles sont positives, ces recherches du gonocoque dans la leucorrhée sont loin d'avoir la même valeur quand elles sont négatives. Souvent le gonocoque peut persister au fond des glandes cervicales ou utérines, et il ne se montre à la surface des muqueuses que dans des circonstances bien déterminées, immédiatement avant et surtout après les règles, ou à la suite des coïts répétés. Pendant la période menstruelle la contagion par le coït est donc plus facile, d'où l'origine de cette tradition, que le flux menstruel peut être la cause des écoulements qui se produisent chez l'homme ; mais, dit justement le proverbe, la plus belle fille du monde ne peut donner que ce qu'elle a.

Parmi les nombreux cas de métrite cervicale chronique blennorrhagique que nous avons traités, la plupart étant très anciens, datant de plusieurs années (2, 4, 6, 10 ou 20 ans), la recherche du gonocoque n'a été que très rarement positive. Nous avons trouvé la présence du gonocoque dans quelques cas, seulement chez les femmes où nous avons pu faire des examens répétés, chez celles qui étaient hospitalisées dans le service. Plus souvent, nous avons trouvé la présence du gonocoque chez des malades, qui étaient à la fin de la période subaiguë,

contaminées depuis quelques mois. Ces recherches nous ont permis surtout de constater la disparition du gonocoque après la fin du traitement par le Caustique de Filhos, en même temps que nous constations la disparition de toute sécrétion leucorrhéique visqueuse dans la cavité cervicale.

La menstruation est en général peu troublée dans la métrite blennorrhagique.

Les douleurs sont à peu près nulles, sauf au moment des règles, où les malades souffrent davantage dans la région lombaire.

Au spéculum, le col des multipares, quand les lèvres sont entr'ouvertes, renversées, avec ectropion de la muqueuse intra-cervicale, ou bien, l'orifice externe entouré par une érosion plus ou moins étendue, par lequel s'échappe une grosse glaire filante et visqueuse, offre à la vue les lésions banales de la plupart des métrites cervicales et son aspect n'a rien de caractéristique.

A contraire, le col vierge, conique ou renflé en barillet, à orifice étroit, bordé intérieurement d'un petit bourrelet rouge, et, d'où s'échappe une grosse goutte de muco-pus, caractérise presque sûrement la métrite cervicale blennorrhagique.

La métrite chronique blennorrhagique étant une métrite catarrhale, la cavité cervicale étant constamment et complètement obstruée par un mucus très épais et très abondant, il est facile de comprendre que, par suite de cette obstruction, la stérilité est la conséquence très fréquence de cette métrite. Et si

l'on envisage les cas où la métrite cervicale chronique blennorrhagique a été compliquée de lésion des annexes, il est certain que les fonctions de l'appareil génital de ces malades sont encore plus gravement compromises. Selon l'opinion de notre maître le Dr Siredey, la métrite chronique blennorrhagique est la cause la plus fréquente de stérilité chez les femmes en période d'activité génitale.

La métrite chronique blennorrhagique est une métrite catarrhale, son autre caractère essentiel c'est d'être une métrite cervicale. Chez les nullipares, elle est localisée le plus souvent au col, chez les multipares, bien que l'endométrite soit le plus souvent totale, à une époque avancée de la maladie l'infection s'atténue et finit par se localiser dans les glandes du col.

Si, mettant à part les métrites blennorrhagiques compliquées de lésions annexielles, on envisage les cas innombrables de la pratique de chaque jour, on peut dire selon la formule donnée par Richelot « la métrite blennorrhagique chronique est le plus souvent une métrite cervicale ».

Métrite chronique puerpérale. — Le plus souvent c'est une métrite chronique d'emblée due à une infection tardive, débutant insidieusement, sans malaise général, presque sans fièvre. Les malades ne s'en aperçoivent que lorsqu'elles commencent à se lever ou même beaucoup plus tardivement après l'accouchement ou la fausse couche. Cette métrite s'annonce par une légère recrudescence des écoule-

ments leucorrhéiques, les règles revenues, elles se prolongent plus que de coutume, laissant à leur suite un suintement muco-sanguinolent presque ininterrompu. Sans éprouver de réelles souffrances les malades ne recouvrent pas leurs forces, elles ressentent une fatigue générale, des tiraillements dans la région lombaire, de la pesanteur dans le bassin et ces divers malaises augmentent peu à peu.

Les malades présentent donc bientôt en général le syndrome utérin au complet : douleurs, troubles de la menstruation, leucorrhée : mais aucun de ces symptômes ne prédomine suffisamment pour donner à cette métrite une physionomie clinique particulière.

La leucorrhée est moins abondante que dans la métrite blennorrhagique ; elle est plus fluide car les glandes du corps de l'utérus participent à l'écoulement et lui enlèvent un peu cet aspect glaireux et filant qui est la caractéristique de la leucorrhée cervicale.

Au toucher, on constate que le corps et le col de l'utérus sont tous les deux augmentés de volume ; *la métrite puerpérale chronique est une métrite totale.*

Le corps est gros, sensible, très souvent en rétrodéviation.

Cette complication très fréquente de la métrite chronique puerpérale s'explique, selon notre maître le Dr Siredey, de la manière suivante :

« Le processus infectieux détermine un certain relâchement des ligaments, en même temps que l'utérus subinvolué, plus lourd, s'incline sous le poids de la masse intestinale, tantôt en avant, tantôt en arrière, au point de se présenter maintes fois dans une situation à peu près horizontale. »

Cette déclivité de l'organe en rétrodéviation gêne l'écoulement des sécrétions utérines, favorise la congestion de l'organe et devient la cause principale des troubles douloureux.

Le col présente aussi des lésions caractéristiques : il est très volumineux, plus hypertrophié que le col blennorrhagique. Son orifice est largement béant, quelquefois agrandi par une déchirure dans laquelle le doigt pénètre, les parois du museau de tanche sont épaissies et résistantes, criblées d'œufs de Nahoth qui donnent au doigt l'impression de grains de plomb, enchassés dans le tissu cervical. Ce gros col lacéré, kystique et souvent ulcéré, (col d'Emmet), peut être opposé au col plus petit, conique ou renflé en barillet, à orifice plus étroit, d'où s'échappe une goutte glaireuse qui caractérise la blennorrhagie.

La métrite puerpuérale chronique a une évolution très lente, mais l'infection s'atténue dans le corps utérin et persiste beaucoup plus longtemps au niveau du col.

Aussi, si l'on considère les faits courants de la pratique, c'est-à-dire les cas des femmes qui viennent consulter deux ou trois ans et même beaucoup plus tard après leurs couches, on peut dire selon la

formule donnée par Richelot : « *La métrite chronique est le plus souvent une métrite cervicale.* »

Métrite mixte. — Il existe une variété clinique très fréquente résultant d'une infection mixte gonostreptococcique.

Cette variété provient quelquefois de l'inoculation, dès les premiers rapports sexuels qui suivent l'accouchement, de gonocoques acquis par le mari dans les derniers mois de la grossesse.

Le plus souvent, l'infection blennorrhagique chronique du col étant resté à l'état latent, à l'occasion d'un accouchement ou d'une fausse couche, la métrite après un début parfois assez aigu évolue et se réalise selon un processus infectieux mixte gonostreptococcique. Au début, cette forme peut se caractériser par une fièvre moindre que dans les infections purement streptococciques, et, d'autre part, par une leucorrhée plus abondante que dans la métrite puerpuérale, mais, plus tard, au cours de son évolution, sa physionomie clinique n'aura rien de caractéristique et se présentera avec les caractères variables d'une vieille métrite cervicale chronique.

Etat général des femmes atteintes de métrite chronique. — Pendant plus ou moins longtemps la métrite chronique reste indolente ou peu douloureuse, ou encore, ne se traduit que par des troubles fonctionnels légers, si bien que, souvent, les troubles de la santé générale peuvent être le premier signe qui attirera l'attention du médecin du côté de l'appareil génital.

Les troubles de a santé générale sont même parfois prédominants, pouvant faire méconnaître la lésion locale.

Les douleurs du côté du bas-ventre, bien que peu prononcées, sans attirer trop l'attention des malades, empêchent cependant l'exercice ; la dyspepsie, qui est très fréquente chez les génitales chroniques, est un obstacle à l'alimentation, l'état du système nerveux, par ses tendances à la neurasthénie, a une action dépressive sur la nutrition, tout concourt à altérer rapidement la santé générale des femmes atteintes de métrite chronique.

Ce mauvais état général se traduit surtout par une sensation de lassitude générale et par un amaigrissement progressif ; en outre, chez certaines malades, par un aspect chloro-anémique, auquel se joint une teinte terreuse de la face, un cercle bistré autour des yeux, un air souffreteux du visage, ce qui caractérise, d'après Pozzi, ce qu'on appelle le facies utérin.

Aussi, selon les préceptes énoncés par Pozzi, « *chez toute femme présentant un mauvais état général on ne doit pas négliger l'examen de l'utérus et de tout l'appareil génital.*

Traitement des métrites chroniques

La métrite chronique est une affection très rebelle, dont le traitement est très difficile ; le trai-

tement en est aussi assez complexe en raison des indications thérapeutiques variant selon les formes de la métrite.

Nous envisagerons surtout le traitement des métrites chroniques catarrhales (blennorrhagiques, puerpérales ou mixtes) ; ces métrites constituent le plus grand groupe des métrites chroniques ; métrites essentiellement cervicales, ce sont elles qui sont justiciables du traitement par le caustique de Filhos.

Les notions étiologiques, pathogéniques et anatomo-pathologiques, que nous avons précédemmen rappelées et qui sont admises actuellement par tous les auteurs, permettent de comprendre pourquoi cette affection essentiellement chronique, est très tenace, très difficile à traiter, pourquoi les nombreux traitements médicaux sont impuissants ou insuffisants, pourquoi le traitement par les cautérisations avec le caustique de Filhos est un traitement médical *rationnel* de la métrite cervicale chronique.

En ce qui concerne la pathogénie des formes que nous envisageons, le rôle de l'infection est indiscutable : *la lésion initiale a toujours été causée par un microbe. Donc la métrite chronique, infection locale, réclame un traitement local.*

Au point de vue anatomo-pathologique, il faut surtout considérer, que la muqueuse utérine présente de nombreux replis, qu'elle est constituée par de très nombreuses glandes qui s'enfoncent dans l'épaisseur du muscle utérin, encore plus profondé-

ment dans la portion cervicale, et qu'à ce niveau la muqueuse malade peut avoir jusqu'à un centimètre d'épaisseur.

Il est donc très difficile d'atteindre les microbes pathogènes qui pullulent sur la muqueuse utérine et dans la profondeur des glandes ou de modifier les altérations qu'ils ont provoquées dans les tissus. *Il est impossible de faire pénétrer aussi profondément des topiques modificateurs, jusqu'au contact des éléments infectieux qui ont pénétré dans l'intérieur des glandes.* Aussi, tous les pansements en surface, les lavages, ne peuvent aboutir à aucun résultat décisif. De même, la curette ne peut pas atteindre tous les éléments des glandes malades ; la herse de Doléris elle-même, si elle dilacère et vide une partie des glandes, ne les fait pas disparaître et n'atteint pas les culs-de-sac glandulaires profonds.

L'indication rationnelle du traitement de l'endocervicite chronique est de supprimer la muqueuse malade, de la détruire dans toute son épaisseur.

Ce résultat peut être obtenu chirurgicalement par l'excision des parties malades : on fait l'amputation infra-vaginale du col par les diverses opérations du type Schrœder (procédés de Bouilly, de Doléris, d'Hartmann) ; tous ces procédés exigent une dextérité, un entraînement chirurgical, qui ne sont pas à la portée de tous les médecins.

On peut aussi supprimer les parties malades, sans détruire tout le col, par les cautérisations au caustique de Filhos. Par une série de cautérisations,

faites progressivement, portant sur toute la hauteur de la muqueuse intra-cervicale, on arrive à détruire complètement toute l'épaisseur de la muqueuse malade et à supprimer toutes les glandes malades.

Principaux procédés thérapeutiques employés par le traitement des métrites chroniques ; leur critique.

Injections vaginales. — Elles sont à employer dans toutes les formes de métrites. Légèrement antiseptiques, données deux fois par jour, elles peuvent détruire sur place des organismes pathogènes toujours prêts à engendrer de nouvelles infections. Mais il est bien évident qu'elles ne peuvent être qu'un adjuvant utile, car leur action ne s'exerce que sur le vagin et à l'orifice externe du col. Il y a même des excès de zèle qu'il faut combattre, car loin d'accélérer la guérison d'une métrite, ils la retardent. D'abord, l'emploi des températures excessives : des injections hyperthermiques à 50 degrés, 52 degrés ou même davantage, ont à la longue une action fluxionnaire irritante sur les muqueuses du vagin et du col. Ces muqueuses rouges et tuméfiées sont le siège d'une desquamation active et d'une sensibilité exagérée. Il en est de même des injections surabondantes ou d'une antisepsie abusive forcément irritante.

Pansements vaginaux. — Après lavage du vagin, ils consistent dans l'application sur le col de tampon

de gaze impreignée de substances médicamenteuses. Les médicaments employés ont toujours pour véhicule la glycérine, ce sont surtout l'ichtyol à 1 p. 10, le thigenol à 1 p. 5, la résorcine à 1 p. 10, le tanin, la créosote. Leur action antiseptique ne peut être que superficielle, c'est surtout la glycérine qui a un rôle utile ; elle possède un pouvoir hygrométrique et des propriétés osmotiques : elle exagère momentanément les sécrétions, les rend plus fluides et décongestionne fortement le col (saignée blanche de Gallard). Souvent, sur les gros cols ulcérés, on fait précéder le pansement vaginal d'une cautérisation du museau de tanche avec des caustiques légers, teinture d'iode, chlorure de zinc à 1 p. 20 ou par l'enfumage iodé, basé sur l'emploi des vapeurs d'iode produites par la combustion de l'iodoforme.

Les pansements sont remplacés quelquefois, par des ovules en glycérine solidifiée pure ou combinée à une substance médicamenteuse.

Injections vaginales antiseptiques, pansements, ovules, cautérisations légères, ne peuvent être le traitement que des cas de métrite cervicale très légère ; beaucoup trop souvent, c'est le seul traitement pratiqué depuis des années, par des femmes atteintes de métrite cervicale chronique catarrhale : il est bien certain que ce traitement ne peut avoir aucune action sur la muqueuse intra-cervicale.

Columnisation vaginale. — Cette méthode consiste à faire un tamponnement serré du vagin avec de la gaze hydrophile simple sous forme de longues

lanières. Ce pansement peut rester en place trois à quatre jours.

La columnisation agit en réalisant l'occlusion antiseptique ou aseptique du vagin, en constituant une sorte de suspension interne qui soutient l'utérus et les annexes ; c'est à ce titre quelle exerce une sédation véritable sur les phénomènes douloureux, enfin en réalisant un drainage des sécrétions internes. Là encore, cette méthode n'est qu'un adjuvant, sans aucune action efficace sur les lesions de la métrite.

L'hyperhémie passive du col au moyen de la ventouse de Bier. — La ventouse agit : 1° en faisant de l'hyperhémie passive, qui détermine de l'osmose et un afflux de phagocytes ; 2° en aspirant les produits de sécrétion, détergeant le col, vidant sa cavité encombrée de mucus et de pus, en faisant par la succession d'un allongement et d'un resserrement du col une sorte de massage favorable à la résorption des produits inflammatoires. Cette méthode, comme l'a dit Tuffier « est un adjuvant utile », mais elle n'est pas une méthode de traitement pouvant amener la guérison de la métrite cervicale.

Traitement intra-utérin. — Tout traitement intra-utérin doit commencer par une dilatation largement calibrée et permettant l'action directe sur toute la cavité. Il existe deux modes de traitement intra-utérin : celui qui consiste à faire agir directement sur la muqueuse des agents modificateurs physiques ou

chimiques, et celui qui a pour but le nettoyage aseptique et profond de la cavité utérine.

Action des agents modificateurs sur la muqueuse. Crayons médicamenteux. — Certains gynécologues emploient encore des crayons médicamenteux à base d'iodoforme, de salol et même aussi de chlorure de zinc, ces crayons étant laissés à demeure, plus ou moins longtemps dans la cavité utérine.

Cette méthode est aveugle et par son action traumatique considérée comme dangereuse depuis longtemps : nous avons pu constater qu'elle est inefficace, plusieurs des malades que nous avons traitées avaient subi antérieurement ce traitement très douloureux, sans avoir constaté la moindre amélioration.

Instillations intra-utérines. — On entend sous ce nom l'injection de petites quantités de liquide caustique, que l'on abandonne dans la cavité utérine. L'injection se fait avec la seringue de Braun, à laquelle on adapte une sonde intra-utérine molle que l'on pousse jusqu'au fond de l'utérus et que l'on retire progressivement pendant l'injection ; celle-ci doit être faite lentement goutte à goutte. Les substances les plus employées sont la teinture d'iode, la glycérine créosotée à 1 p. 30 préconisée par Doléris, le chlorure de zinc à 1 p. 20 recommandé par Pierre Delbet, qui a publié des résultats satisfaisants obtenus par son emploi.

Quelquefois, les malades accusent des douleurs, dues sans doute à des contractions utérines et qui

peuvent prendre un caractère alarmant, s'accompagner de nausées, de lipothymies et de syncope. On a même cité des cas d'accidents mortels : salpingites et péritonites mortelles, dues à la pénétration de quelques gouttes de liquide caustique dans les trompes et dans le péritoine. Cette méthode peut être dangereuse ; ses résultats nous sont apparus inconstants ayant traité et guéri des malades, traitées antérieurement par des instillations au chlorure de zinc.

Badigeonnages intra utérins. — Ces badigeonnages, faits en employant comme substance médicamenteuse la teinture d'iode pure, la solution de chlorure de zinc à 1 p. 10, la glycérine créosotée, sont de peu d'efficacité agissant seulement en surface.

Aux poudres et aux liquides on a cherché à substituer les vapeurs. Nitot a recommandé les vapeurs de Brome, qu'un appareil ingénieux amenait dans la cavité utérine. M. Braunberger avec un appareil spécial utilisa le formol.

Action de la chaleur. — La cautérisation de la muqueuse par la chaleur peut se faire sous diverses formes.

L'atmocausis, qui consiste à lancer dans la cavité utérine à l'aide d'un appareil spécial un jet de vapeur d'eau bouillante pendant une demi-minute, une minute.

Le zestocausis consiste à faire passer un courant d'eau bouillante dans une sonde métallique à double

courant et non perforée introduite dans l'utérus ; l'application est très courte et la chaleur agit sur la muqueuse utérine par l'intermédiaire des parois surchauffées de la sonde.

La thermo-insufflation ou insufflation d'air chaud dans la cavité utérine, préconisée par Jayle.

Actuellement, cette méthode, dont les résultats n'ont pas été favorables, est considérée comme dangereuse.

Action de l'électricité. — Le traitement de la métrite par l'électricité n'est guère employé et nous ne citons ce moyen que pour mémoire.

Action du radium. — La radiumthérapie a été appliquée récemment avec succès au traitement de certaines formes de métrites hémorragiques ne relevant pas des indications du curettage ou rebelles au curettage.

Abstersion utérine. — Le nettoyage aseptique et profond de la cavité utérine peut être réalisé par lavage, drainage, écouvillonnage.

Lavages intra-utérins.— On les pratique à l'aide d'une sonde à double courant, le plus souvent, avec la sonde de Doléris.

Ces lavages sont pratiqués avec diverses solutions antiseptiques faibles (permanganate de potasse à 0,25 centigrammes p. 1000, eau iodo-iodurée, 1 gr. 50 d'iode et 3 grammes d'iodure de potassium pour 1 litre d'eau, eau oxygénée dans la proportion de 250 centimètres cubes pour 1 litre d'eau bouillie). En cas d'hémorragie, l'injection faite avec 3 ou

5 litres d'eau bouillie à 45-48 degrés détermine une rétraction hémostatique de l'utérus. Ces grands lavages sont surtout applicables à la métrite puerpérale après le curage digital ou le curettage, car la métrite est récente et les lésions de la muqueuse sont superficielles.

Dans les métrites chroniques ce traitement n'a la valeur que d'un simple nettoyage de la cavité utérine, les antiseptiques ne pouvant agir qu'en surface, sans aucune action sur les lésions profondes. Nous avons pu nous en convaincre : nous citerons en particulier une de nos malades guérie par le caustique de Filhos, qui présentait certainement une des formes les plus accentuées de métrite cervicale chronique purulente ; elle avait été traitée pendant des mois, chaque jour, par un lavage intra-utérin de 20 litres d'eau bouillie chaude à forte pression. Cette malade nous est arrivée après plusieurs mois de ce traitement avec un catarrhe purulent du col extraordinairement abondant.

Drainage. — Réalisé par des tubes creux, de diverses substances, ou par des mèches de gaze, non serrées, intra-utérines ; le drainage est indiqué seulement dans les cas de rétention lochiale, afin de drainer la cavité utérine récemment infectée comme on draine toutes les cavités septiques.

Ecouvillonnage. — Recommandé par Doléris, il consiste à nettoyer la cavité utérine à l'aide d'écouvillons faits d'ouate enroulée autour d'un porte-tampon ou au moyen d'un écouvillon fait de crins durs,

Il est surtout utile comme complément du curetage pour enlever les caillots sanguins adhérents et les débris de membrane que la curette n'a pas entraînés. Autant l'écouvillonnage peut être utile dans la pratique obstétricale, autant il est certainement inefficace dans le traitement des métrites catharrales aux lésions très profondes. Ce procédé ne peut réaliser qu'un brossage superficiel de la muqueuse.

Hersage du col. — Dans les cas d'endocervicite chronique Doleris conseille de pratiquer le hersage de la muqueuse avec un scarificateur à lames parallèles multiples et tranchantes, dont la longueur de 3 à 4 millimètres est calculée pour pénétrer jusqu'aux culs-de-sac glandulaires profonds. Le scarificateur est promené parallèlement à l'axe du col, dilaté au maximum. Les granulations kystiques les plus volumineuses seraient ouvertes, les plus petites dilacérées. La muqueuse sillonnée de nombreuses incisions, on peut avec un écouvillon ou une petite curette enlever les débris muqueux hachés par la herse. La petite opération se termine par un lavage antiseptique, tamponnement à la gaze, imbibée de glycérine créosotée au quart.

Ce procédé ne peut pas prétendre ouvrir toutes les glandes infectées, et, même ouvertes il ne les détruit pas.

Cette méthode peut exposer aussi à des hémorragies assez sérieuses sur des muqueuses congestionnées : nous avons connaissance d'un cas d'une malade de ville, qui, traitée par le hersage, a eu une

hémorragie sérieuse ; traitée ainsi sans résultat, elle a été guérie par le caustique de Filhos.

Tous ces moyens médicaux que nous venons d'énumérer rapidement peuvent se classer en deux catégories :

Les uns trop énergiques et dangereux : crayons médicamenteux intra-utérins, instillations intra-utérines de liquides caustiques, cautérisations par la chaleur ; les autres ne sont que des adjuvants utiles, mais bien insuffisants pour modifier les lésions profondes de l'endocervicale chronique.

Curettage.— Actuellement, à la suite d'une réaction contre les tendances abusives de l'emploi du curettage comme traitement chirurgical des métrites, les indications thérapeutiques du curettage sont bien établies.

Les principales indications du curettage sont dans l'état puerpuéral. Tout d'abord lorsqu'il y a hémorragie abondante dans les premières heures ou dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui suivent un accouchement ou une fausse couche ; c'est l'évacuation des parties retenues, fragments de délivre restés dans la cavité utérine. En général, dans ce cas, le curage digital est préférable au curettage instrumental : s'il est pratiqué, celui-ci doit être fait avec une curette large et mousse. Une autre indication très importante et très fréquente c'est le cas de la métrite *post partum* ou *post abortum* liée à des rétentions intra-utérines de lambeaux de membranes ou de

débris placentaires ; le curettage donne alors des succès complets et durables ; nul hémostatique ne vaut la curette.

En dehors de l'état puerpuéral, ce sont les métrites hémorragiques au cours desquelles les hémorragies rebelles à tous les traitements médicaux sont dues à des altérations variées de la muqueuse : épaississements partiels formant de véritables villosités, polypes muqueux ou fibreux.

Le curettage s'impose aussi pour certaines endométrites fongueuses des jeunes filles ou des vieilles femmes, dont la muqueuse est exceptionnellement vascularisée, ramollie et friable.

Le curettage n'est d'aucune utilité pour le traitement des métrites chroniques catarrhales, même si elles s'accompagnent de ménorragies assez abondantes. Les ménorragies sont un symptôme assez fréquent des métrites chroniques ; elles ne doivent pas, dans ce cas, les faire entrer dans les formes dites hémorragiques, qui réclament la nécessité du curettage ; *c'est par cette tendance excessive à qualifier d'hémorragiques bien des métrites chroniques que l'on a pendant un certain temps abusé du curettage.*

Le curettage ne peut atteindre les lésions profondes de l'endocervicite chronique ; ce curettage intempestif peut même aggraver bien des métrites chroniques, en provoquant des poussées aiguës de salpingite plus ou moins graves, lorsqu'il y a déjà un certain degré d'inflammation du côté des annexes ;

dans les métrites cervicales blennorrhagiques, il a l'inconvénient grave d'infecter la cavité utérine.

Nous avons pu constater, personnellement, dans un grand nombre de cas, qu'il suffit de guérir l'endocervicite chronique pour supprimer les ménorragies.

En outre de l'inefficacité de tous les moyens thérapeutiques que nous venons de rappeler, il est un reproche général encore plus important, s'adressant à la plupart de ces méthodes de traitement de la métrite chronique, c'est l'inutilité de la médication intra-utérine dans le plus grand nombre des métrites chroniques, qui sont des métrites chroniques catarrhales, qui sont des métrites chroniques surtout cervicales.

A plusieurs reprises, nous avons rappelé avec insistance, que par l'évolution anatomique des lésions, toute métrite chronique catarrhale est une métrite cervicale qui réclame uniquement un traitement cervical.

Les traitements intra-utérins contre la métrite du corps sont indiqués lorsqu'il y a métrite totale récente d'origine puerpuérale, lorsqu'il y a une infection puerpérale récente, aiguë, subaiguë ou chronique d'emblée, survenant quelques semaines après l'accouchement ou l'avortement.

Mais, si l'origine des accidents est lointaine, s'il s'agit bien d'une métrite chronique invétérée, il faut savoir qu'on a rien à faire dans la cavité utérine du corps, que derrière la cavité cervicale on a rien à

laver, rien à aseptiser, rien à curetter, que, sauf des cas spéciaux, comme le dit Richelot « on n'a que faire d'aller tourmenter un utérus dont le segment inférieur est l'unique refuge de l'ancienne infection ».

Il faut savoir, qu'à mesure que l'infection vieillit, elle localise de plus en plus ses méfaits dans la région cervicale, c'est là qu'elle entretient une hypersécrétion permanente, qu'elle donne lieu à de la sclérose et à des kystes glandulaires qui déforment le col.

Traitement chirurgical

De l'avis de beaucoup de gynécologues le traitement chirurgical est une méthode efficace pour guérir la métrite cervicale invétérée.

Les diverses opérations pratiquées sur le col, supprimant les parties malades, par l'amputation partielle ou totale du col, sont certainement excellentes en principe. Mais, de suite, on peut dire, qu'en fait, elles sont très rarement pratiquées.

Les résultats thérapeutiques de ces opérations ont été discutées. Des observations d'avortement et d'accouchement avant terme, de rigidité du col entraînant la rupture utérine ont été publiées par les accoucheurs (Pinard, Champetier, Porack, Lepage) (1).

De l'avis de beaucoup de chirurgiens, nous rapportons ici les conclusions de M. le professeur Hart-

1. Discussion de la Société d'obstétrique de Gynécologie et de Pédiâtrie. Paris, 1899.

mann. « C'est que les accidents obstétricaux, qu'on observe après les opérations sur le col, sont le plus souvent la conséquence d'opérations mal faites, d'une technique opératoire défectueuse ou d'une asepsie insuffisante. » Si la plaie se désunit et suppure sa cicatrisation est irrégulière et détermine de la sténose fibreuse de l'orifice. « Bien exécutée, l'amputation du col guérit sans retrécissement cicatriciel et n'exerce aucune influence mauvaise sur la grossesse (1). » D'après de nombreuses statistiques apportées par les opérateurs, Hartmann, Richelot, Doléris, Pozzi, Bouilly, il est incontestable que les opérations, faites sur le col peuvent donner de bons résultats, mais désirant seulement opposer au traitement chirurgical l'autre traitement efficace pour guérir la métrite cervicale invétérée qu'est le traitement par les cautérisations au caustique de Filhos, nous retiendrons :

1° Que, selon les divers opérateurs pratiquant cette opération, l'amputation du col demande à être bien exécutée et qu'elle est d'une exécution assez difficile. Pour M. J.-L. Faure et A. Siredey « il n'est pas douteux qu'elle ait l'inconvénient de déterminer parfois des indurations cicatricielles de l'orifice cervical, qui peuvent être l'origine de troubles pendant la grossesse et de difficultés au moment de l'accouchement. C'est une considération qui doit rendre le chirurgien assez réservé dans son emploi ».

2° Que l'opération de l'amputation du col pour le

1. *Gynécologie opératoire*, du professeur Hartmann. *Opérations sur le col utérin.*

traitement de la métrite cervicale chronique est très rarement pratiquée, même dans les services de Chirurgie où l'on fait de la Gynécologie opératoire.

Enfin, par une observation d'une malade de ville, qui nous a été citée, nous avons connaissance d'un cas de métrite cervicale chronique traitée chirurgicalement, excision de la muqueuse, amputation partielle du col avec curettage, qui traitée sans succès a été guérie par le caustique de Filhos.

Indications du traitement par le Caustique de Filhos

Le traitement par les cautérisations au caustique de Filhos s'applique au traitement de la métrite cervicale chronique.

Comme la métrite chronique est le plus souvent une métrite cervicale on peut dire que c'est le traitement de toute métrite chronique à forme catarrhale.

C'est donc le traitement du plus grand nombre des métrites chroniques, des métrites catarrhales blennorrhagiques, puerpuérales ou mixtes, à sécrétion muco-purulente ou à catarrhe clair.

Lorsque la métrite chronique est compliquée de lésions annexielles récentes ou anciennes, il y a lieu d'apprécier l'importance et le degré d'acuité des lésions annexielles pour savoir si elles sont une contre-indication du traitement.

Nous préciserons plus loin les contre-indications du traitement.

Dans certains cas, au contraire, les lésions annexielles chroniques, étant entretenues par l'endocervicité chronique, sont souvent améliorées, très diminuées ou même guéries après la guérison de la métrite cervicale.

Le traitement par le caustique de Filhos s'applique au traitement de la leucorrhée du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale.

On a beaucoup discuté sur l'origine de cette leucorrhée, parfois très abondante, très tenace, très gênante. Qu'il s'agisse d'une infection antérieure latente, exagérée par le traumatisme opératoire, ou bien, d'une infection secondaire exagérée, ascendante issue du vagin, cette leucorrhée est parfois très tenace et résiste aux injections vaginales et aux pansements vaginaux.

Nous avons eu à traiter quelques cas de cervicite chronique avec leucorrhée abondante persistant après l'hystérectomie subtotale. Nous en avons obtenu la guérison très facilement par quelques cautérisations au caustique de Filhos (observations nos 49, 50, 51).

Historique

C'est en 1842, que Filhos a fait sous l'inspiration de son beau-frère Amussat les recherches qui l'ont conduit à la création du caustique qui porte son

nom. Ce n'est pas que la thérapeutique du jour manquât d'agents de cautérisation. Ils étaient au contraire nombreux, mais un petit nombre seulement avait cours dans la pratique. C'étaient surtout le cautère actuel, le chlorure de zinc, la pierre infernale, la pâte de Vienne.

Amussat et Dupuytren recherchèrent dans la potasse caustique un agent topique d'une puissance suffisante. Comme caustique, ils avaient bien réussi, mais son application sur le col était vraiment impossible. La potasse se liquéfie et fuse si vite derrière le spéculum qu'elle peut produire sur la face postérieure du vagin des escharres profondes ou même des perforations.

C'est pourquoi, Amussat engagea son beau-frère Filhos à rechercher « les moyens de parer aux inconvénients attachés à la liquéfaction de la potasse ».

Filhos entreprit alors avec M. Gallot, pharmacien à Paris, une série de recherches, qui mirent en évidence la supériorité du mélange de potasse et de chaux. L'étude théorique des propriétés de la chaux explique en effet la supériorité de ce mélange. La chaux exposée au contact de l'air, en attire l'humidité et l'acide carbonique se réduit en poudre et passe à l'état de sous-carbonate ; elle a en outre besoin de cent parties d'eau pour se fondre. Il en résulte que par sa grande force d'absorption et sa grande capacité pour l'eau, la chaux retient entre ses mollécules la potasse même qui se liquéfie, empêche sa diffusion et concentre ainsi toute son

action sur le point où le cylindre de potasse et de chaux est appliqué.

Les cylindres caustiques, composés de deux parties de potasse et d'une partie de chaux, eurent pour caractère d'être exclusivement durs, d'absorber promptement l'humidité de l'air et de se recouvrir ainsi d'hydrate de chaux mêlé de potasse. « En parvenant à solidifier et à réduire ces cylindres, le mélange de potasse et de chaux, connu généralement sous le nom de caustique de Vienne, j'ai ainsi trouvé, écrit Filhos, le caustique le plus commode, le plus actif et le plus sûr, qui put être employé dans le traitement des maladies du col de l'utérus. Les effets caustiques se trouvent tout à fait subordonnés à la durée de son application ; le chirurgien peut le graduer à volonté et obtenir ainsi tous les degrés de cautérisation dont il a besoin, depuis le plus faible jusqu'au plus fort. Son action sera d'autant plus prompte que les tissus, sur lesquels il agira seront plus mous, plus spongieux.

Amussat fit un grand usage du caustique de Filhos, il en a obtenu des succès remarquables. Mais il n'eut pas beaucoup d'imitateurs. Aran s'est borné à dire dans son livre (*Leçons clinique sur les maladies de l'utérus*, publié en 1858), à propos du traitement des affections du col utérin. « L'avantage reste en définitive à la pâte de Vienne. » Courty, en 1879, connaît peu l'emploi du Filhos. Gallard prétend que le Filhos ne saurait remplacer le cautère. Après les détracteurs du Filhos viennent ses partisans.

De 1875 à 1880, François Siredey en fit usage. En 1884, Richelot père, à qui Amussat avait transmis son procédé, publia le résultat de ses observations sur le traitement des engorgements du col par le caustique de Filhos.

En 1893, G. Richelot reprit ce procédé, et, en 1900 « après avoir recueilli assez de faits pour n'avoir aucun doute sur sa valeur », il le communique en mai 1900 à la société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie. Il le remit en honneur en déclarant : « Parmi les vieux traitements de la métrite cervicale il en est un, le plus méconnu, le plus ignoré de tous qui réussit à coup sûr. Il détruit les lésions glandulaires profondes, il rend au col son volume et sa forme, il ne cause jamais d'atrésie et ne présente aucun danger. »

Cette première communication fut suivie, les années suivantes, en 1901, 1903, 1904, 1905 et 1906 de différentes communications de G. Richelot, pour répondre par diverses discussions à un certain nombre d'objections, posées à la société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiâtrie de Paris.

Un certain nombre de gynécologues, Pozzi et Doléris, firent une critique assez sévère de cette méthode de traitement. Mais, après les détracteurs, les partisans furent assez nombrenx parmi les gynécologues et les accoucheurs. Dès 1903 Richelot annonçait l'adhésion de Potocki, Lepage, Nélaton. Pinard reconnaît également les bons effets du caustique de Filhos, toutefois il fait quelques réserves au point

de vue de l'avenir obstétrical des femmes ainsi traitées. En 1904 notre maître le Dr A. Siredey, après avoir employé le traitement depuis 1902 apporte des résultats très favorables.

Si les longues communications de Richelot ont entraîné de nombreux partisans parmi les gynécologues ayant suivi ses nombreuses explications et ayant pratiqué depuis ce traitement, les nombreuses discussions, qui les ont accompagnées, ont pu faire redouter à beaucoup de gynécologues et de médecins les inconvénients de l'atrésie : aussi, ce traitement semble encore assez ignoré et peu pratiqué. Bien des traités importants de gynécologie ne font que citer ce traitement, en mentionnant seulement que Richelot a fait sur le traitement par le caustique de Filhos, une communication en 1900 à la Société d'obstétrique et de Gynécologie, et, qu'il en aurait obtenu des bons résultats. Par contre, outre le Livre de Richelot sur la *Chirurgie de l'utérus*, trois traités de gynécologie, parmi les plus autorisés, font l'éloge du traitement par le caustique de Filhos, en le signalant comme un traitement efficace de la métrite cervicale chronique. Ce sont les traités de gynécologie de J.-L. Faure et A. Siredey, celui de Forgue et de Manahuan, celui de M. le professeur Hartmann.

Actuellement, un certain nombre de chirurgiens des Hôpitaux et d'accoucheurs de Paris emploient ce traitement.

Nous pouvons citer l'expérience très autorisée de notre maître, le Dr A. Siredey, qui préconisant ce

traitement depuis 1902 n'a jamais cessé de le considérer comme le traitement médical le plus efficace contre les métrites catarrhales chroniques et surtout contre la métrite blennorrhagique.

Nous citerons aussi tout spécialement la très grande expérience pour ce traitement de M. le Dr Petitjean, qui comme médecin assistant à la consultation de gynécologie du Dr A. Siredey, pratique depuis plus de quinze ans le traitement par le caustique de Filhos et a obtenu des milliers de guérison de métrite cervicale chronique.

Enfin, nous terminerons cet exposé de la valeur incontestable du traitement par le caustique de Filhos, en citant l'opinion récente de M. le professeur Hartmann : « Dans les métrites chroniques suppurantes le meilleur moyen est celui qu'a recommandé Richelot. Ce moyen, pour surprenant qu'il paraisse, n'en est pas moins d'une efficacité certaine et d'une application des plus pratiques » (1).

1. *Traitement des métrites*, par le professeur Hartmann (*Journal des Praticiens*, 18 mars 1916).

CHAPITRE II

TECHNIQUE DU TRAITEMENT

Le traitement comprend trois périodes : la période des cautérisations, la période de cicatrisation des surfaces cautérisées et de réparation du col, la période de surveillance après la guérison.

La technique du traitement comporte deux parties essentielles : la technique de la cautérisation, la méthode générale du traitement au cours des diverses périodes du traitement.

La technique de la cautérisation a déjà été exposée par G. Richelot ; nous la reprendrons avec tous les détails du manuel opératoire et en y ajoutant certaines précisions.

Quant à la méthode générale du traitement, elle est au moins aussi importante à connaître : il faut conduire re traitement avec méthode, pour en obtenir avec certitude des résultats constants, et, pour éviter les incidents possibles du traitement.

Malgré l'important travail de Richelot cette méthode est encore très insuffisamment connue ; on en ignore surtout la technique, et c'est parce que le caustique est le plus souvent mal appliqué, et le

traitement insuffisamment surveillé qu'on lui a fait une fâcheuse réputation.

Nous l'exposerons aussi longuement que possible, dans tous ses détails, afin qu'elle puisse servir de guide.

Elle nous a été minutieusement enseignée par le Dr Petitjean, qui pratique le traitement depuis plus de quinze ans à la consultation gynécologique du Dr Siredey à l'hôpital Saint-Antoine et dans sa clientèle.

Technique de la cautérisation

Comme instruments, il est nécessaire d'avoir : Un spéculum, le spéculum de Collin de préférence, il ouvre un plus large accès sur le col ; de même, le spéculum trivalve d'Archambault est d'un emploi très pratique. Des pinces à pansement : les unes droites, les autres courbes ; une petite pince à pansement, de même forme, mais assez petite pour être introduite dans la cavité cervicale, lorsque l'orifice externe est béant ou lorsqu'il aura été rendu plus ouvert.

Une pince pour fixer le col, soit la pince à griffe, soit la pince de Museux (la plus petite possible).

Un hystéromètre. Une série de bougies d'Hégar nos 2, 3, 4, 5, 6, voire même jusqu'au n° 10. Quant au caustique de Filhos, on le trouve actuellement sous la forme du « Néofilhos ». Ce sont des crayons de caustique de Filhos, insérés dans une cupule métal-

lique cylindrique ; la base de cette monture porte une extrémité effilée terminée par un petit méplat qui peut être saisi par une pince à pansement. Ces crayons ont environ 11 à 12 millimètres de diamètre ; selon les cas on peut diminuer leur volume, en les usant un peu, en les frottant quelques instants entourés de coton hydrophile légèrement humide ; la partie libre du crayon a deux centimètres de longueur, la base cylindrique de la monture métallique mesure un centimètre de longueur.

Avant de se servir du crayon de Néofilhos on doit enlever la feuille de gutta qui le recouvre, il suffit de gratter légèrement le crayon avec une lame de ciseaux ou un instrument quelconque.

L'application du caustique de Filhos demande quelques précautions et beaucoup d'attention. La table à spéculum doit être installée près d'une fenêtre bien éclairée.

Après une injection d'eau bouillie, et l'application du spéculum, un mince tampon d'ouate hydrophile doit être placé, bien étalé dans le cul-de-sac postérieur, pour le préserver contre un léger suintement, qui peut venir du col pendant la formation de l'eschare. Ce suintement est surtout à redouter lorsque l'on cautérise une muqueuse saignant facilement ; il s'écoule un liquide noirâtre sanguinolent, qui, mélangé de débris de caustique, suinterait inutilement à la surface externe du col ou irait cautériser les parties déclives du cul-de-sac postérieur ; par une cautérisation trop profonde de la muqueuse vaginale, il

pourrait se produire des brides cicatricielles adhérentes au museau de tanche.

Cette précaution de protéger le cul-de-sac postérieur est surtout nécessaire lorsque le col plonge dans le cul-de-sac postérieur : la lèvre inférieure du col stagnant dans une bouillie caustique à chaque cautérisation, alors que l'on essuie autant qu'il est nécessaire l'intérieur de la cavité cervicale, risquerait d'être détruite en partie ou déformée sur certains points.

Le crayon de Néofilhos, dépouillé de la feuille de gutta qui le recouvre à l'état neuf, est saisi par une pince à pansement que l'on fixe sur le petit méplat métallique. Selon les cas la pince doit être serrée différemment : très solidement serrée, si la cautérisation doit porter sur l'orifice du col et sur le pourtour ; on pourra ainsi maintenir exactement le crayon là où l'on désire le faire porter ; moins serrée, laissant une certaine mobilité au crayon à l'extrémité de la pince, si le crayon doit être introduit dans la cavité cervicale : grâce à cette mobilité, il trouvera mieux son chemin à l'intérieur de la cavité cervicale.

La cautérisation avec le caustique de Filhos n'est pas un attouchement superficiel et rapide : *le but est de faire une eschare* ; *il faut et il suffit qu'elle existe*. Soit à l'orifice du col, soit à l'intérieur de la cavité cervicale, on doit appuyer et maintenir le caustique, jusqu'à ce que la muqueuse attaquée noircisse et devienne sanguinolente.

La durée du contact du caustique varie un peu selon les points de la muqueuse cautérisés, selon l'état de la muqueuse, selon qu'elle est plus friable, plus saignante ou selon qu'elle est recouverte de glaires muco-purulentes très épaisses et très adhérentes.

Sur certaines muqueuses l'eschare se produit en quelque sorte instantanément, la muqueuse noircit fortement aussitôt touchée, sur d'autres muqueuses pour obtenir ce résultat il faut maintenir le crayon plus longtemps.

On limite la durée du contact en regardant l'effet produit : si, après un premier temps du contact du crayon, la bouillie sanguinolente, qui se forme sous l'action du caustique, est enlevée par un petit tampon de coton hydrophile et laisse une muqueuse rosée ou rouge, l'eschare n'est pas faite.

Si l'orifice du col, si la muqueuse intra cervicale, bien essuyés restent rouge noirâtre, la cautérisation est suffisante. On doit cautériser en regardant et non d'après une durée moyenne de la cautérisation.

Nous préciserons cependant la durée de l'application du caustique ; elle est seulement de quelques secondes dix, quinze, vingt secondes, selon le cas. La durée totale des divers temps nécessaires pour faire la cautérisation est plus longue. On devra avant, pendant ou après l'application du caustique essuyer le col, protéger le cul de sac postérieur, enlever à l'intérieur de la cavité cervicale, l'excès

de la bouillie sanguinolente pendant et après l'application du caustique.

La cautérisation terminée, on applique un pansement avec deux tampons de gaze à pansement : le premier, impreigné de glycérine ichtyolée, sera appliqué sur l'orifice, garnissant aussi le cul de sac postérieur et les culs de sac latéraux, le deuxième légèrement tassé dans le vagin achève le pansement en maintenant le premier au contact du col. Ce pansement doit être conservé pendant vingt quatre heures.

Dans l'intervalle des séances du traitement, la malade devra prendre, chaque jour, deux injections : l'une, de permanganate de potasse (solution à 0 gr. 25 par litre), ou avec une cuillerée à soupe de Liqueur de Labarraque pour un litre d'eau bouillie chaude à 39 degrés, l'autre injection avec de l'eau de guimauve.

Le principe de la cautérisation exposé, nous croyons utile de donner quelques détails d'un grand intérêt pratique, au point de vue de la manière d'opérer.

Avant de faire une cautérisation, pour bien des raisons, il est absolument nécessaire de faire un examen de l'utérus et des annexes, par le toucher combiné au palper abdominal. En outre des contre indications que l'on peut tirer de l'état des annexes pour ajourner ou pour interrompre le traitement, l'examen renseigne sur la position exacte de l'utérus, sur la direction du col, sur le degré de flexion du corps et du col.

Si l'orifice du col est assez ouvert on devra avec une pince à pansement explorer la cavité cervicale. Cette exploration renseignera sur l'intensité de la sécrétion intra-cervicale, sur l'aspect de cette sécrétion, elle renseigne aussi sur la distension de la cavité cervicale, sur sa perméabilité, sur sa direction ; on pourra avant de faire la cautérisation afin de la rendre plus facile, en procédant très doucement, dilater un peu la cavité cervicale par simple écartement de la pince.

Si la cautérisation doit porter sur l'orifice, sur le pourtour de l'orifice, sur les érosions existant à ce niveau, il suffit de poser le crayon en le maintenant quelques secondes et pour en rendre le contact plus uniforme de le faire tourner autour de son axe. Pour cette petite manœuvre, la manière la plus simple nous a paru celle de tenir les deux branches de la pince à pansement à leur partie moyenne, comme l'on tient un porte-plume entre ses doigts.

Si la cautérisation doit être intra-cervicale, tenant la pince à pansement de la même manière, on pousse le crayon dans la cavité cervicale, progressivement et très doucement ; pour que le contact du crayon se fasse sur tous les points de la cavité cervicale il sera utile de le faire tourner complètement autour de son axe, ayant eu soin de ne pas placer exactement le crayon dans le prolongement de l'axe de la pince, l'axe du crayon et l'axe de la pince formant un angle obtus.

Pour faire une cautérisation sur un col regardant,

soit en haut, soit en bas, il est plus commode de se servir pour tenir le crayon d'une pince à pansement courbe (pince dont l'extrémité seule est légèrement recourbée).

En cas de cols fuyants, pour faire pénétrer le crayon facilement, doucement, aussi loin que possible, selon l'axe de la cavité cervicale, il est nécessaire de fixer le col : le plus souvent, le plus commode sera de fixer le col en plaçant la pince fixe-col sur la lèvre antérieure à quelque distance de son bord.

Autre remarque importante : on ne devra pas se servir de crayons trop diminués de volume ou devenus trop friables ; on pourrait risquer de les casser à l'intérieur de la cavité cervicale. Ce petit incident, qu'il est préférable d'éviter, même s'il se produisait, ne peut avoir de conséquence fâcheuse ; il est facile d'enlever rapidement les débris du crayon, tout d'abord en se servant de l'extrémité d'une bougie d'Hégar très fine n° 1 ou n° 2, puis par de petits tampons d'ouate hydrophile légèrement humide, en enlevant l'excès de la bouillie caustique. On pourra très utilement employer l'action neutralisante du vinaigre, par la formation d'acétate de potasse.

Au cours de la cautérisation, et en dépit de toutes les précautions prises, la bouillie formée par le caustique fondu, le sang et les mucosités provenant de la cavité cervicale, peut couler le long du museau de tanche jusqu'au tampon placé dans le cul-de-sac postérieur. Pour empêcher cette coulée de brûler, la

muqueuse extra-cervicale, il faut suspendre la cautérisation et essuyer à plusieurs reprises le museau de tanche avec des tampons de coton hydrophile légèrement humides. De même, à la fin de la cautérisation on devra essuyer l'intérieur de la cavité cervicale pour enlever l'excès de la bouillie sanguinolente et caustique.

La cautérisation est peu douloureuse ou ne l'est pas du tout : beaucoup de femmes ne sentent rien ou presque rien. Cependant, chez quelques-unes, chez les plus nerveuses ou chez les plus timorées, la réaction douloureuse peut être assez violente pendant quelques minutes et provoquer un malaise avec tendance syncopale. Ce malaise se produit lorsque la femme se relève de la table à spéculum : il suffit de faire étendre la malade, la tête basse, pendant quelques instants. La douleur n'est violente que pendant quelques minutes, elle s'atténue très rapidement et ne doit laisser qu'une légère sensibilité dans la journée.

Enfin, on doit éviter de faire une cautérisation immédiatement avant ou après les règles : une malade dont le début de l'écoulement menstruel apparaît au moment où elle vient pour se faire traiter, ne doit pas être traitée : on doit prévenir la malade qu'il faut attendre deux jours après la fin des règles pour pouvoir faire une cautérisation. Ces précautions sont encore plus nécessaires en cas d'utérus fibromateux.

Méthode générale du traitement

Le traitement comprend trois périodes : la période des cautérisations, la période de cicatrisation des surfaces cautérisées et de réparation du col, la période de surveillance après la guérison.

Période des cautérisations

Le principe du traitement est d'arriver par un certain nombre de cautérisations au caustique de Filhos à la destruction complète de la muqueuse endocervicale malade, chroniquement infiltrée de lésions glandulaires très profondes ; cette destruction doit être complète, sur toute l'épaisseur de la muqueuse parfois très épaisse et sur toute l'étendue de cette muqueuse, c'est-à-dire depuis l'orifice externe jusqu'à la région de l'isthme.

Pour exposer plus facilement la méthode permettant d'arriver avec certitude à ce résultat, il y a lieu d'envisager deux catégories de cols atteints de métrite cervicale chronique :

1° Les cols s'entrouvrant facilement, largement béants, le plus souvent cols de multipares avec ectropion de la muqueuse intra-cervicale et déchirures latérales ;

2° Les cols présentant un orifice externe étroit ou même punctiforme, le plus souvent cols de nullipares, cols renflés en barillet.

Cols a orifice béant

Première cautérisation. — Les cols de la première catégorie sont beaucoup plus faciles à traiter que les autres. Pour ces cols de multipares, dont les lèvres sont complètement écartées, dès la première cautérisation on peut cautériser une grande partie de la muqueuse intra-cervicale ; en touchant cette surface ectropionnée, qui apparaît si facilement, on se trouve déjà dans la cavité cervicale, et dès la première cautérisation on atteint la lésion dans presque toute sa hauteur. On devra faire, avec un gros crayon, une cautérisation sur toute la surface ectropionnée, en mordant assez profondément sur la surface interne de ces deux lèvres, en général très épaissies, en maintenant plus spécialement le crayon aux angles de l'orifice qui est linéaire, en poussant un peu le crayon vers le fond de cette ouverture de manière à pouvoir pénétrer plus profondément ou entièrement à la prochaine séance. La cautérisation terminée, cette cavité déjà largement ouverte devra dans sa partie profonde présenter un large évidement en entonnoir.

Lorsque l'orifice est arrondi, s'entrouvrant facilement, dès la première cautérisation on pourra aussi pénétrer dans la cavité cervicale. Avec l'extrémité d'un crayon un peu usagé (crayon moyen) on élargira cet orifice, en le posant sur l'orifice, puis en le poussant un peu à l'entrée de la cavité cervicale ;

en mordant plus spécialement sur le pourtour interne de l'orifice, on devra obtenir, la cautérisation terminée, un évidement de l'orifice en entonnoir.

Deuxième cautérisation. — Règle générale. On ne doit faire les cautérisations que tous les dix jours, l'escharre formée par la précédente cautérisation ne tombant qu'au bout de six à huit jours.

Exploration de la cavité cervicale « épreuve de la pince ». — A chaque séance, avant de faire une autre cautérisation, après s'être assuré de l'état de l'utérus et des annexes, on devra explorer la cavité cervicale avec une petite pince à pansement.

Cette petite pince, introduite fermée, sera poussée, très doucement, dans la cavité cervicale, aussi loin que possible ; puis, écartant les branches de la pince, on exercera une certaine pression sur les parois de la cavité, dont la muqueuse sera ainsi exprimée ; dans un troisième temps, on refermera la pince ramenant ainsi la sécrétion de la cavité cervicale. Cette petite manœuvre, que nous appellerons « l'épreuve de la pince », est très importante à connaître, *pour observer les résultats obtenus par la cautérisation précédente, pour observer avec précision la marche du traitement.* Elle renseigne sur l'état de la cavité cervicale, sur sa direction, sur sa perméabilité, sur la hauteur de cette perméabilité ; on se rendra compte si la cavité est largement ouverte jusqu'à l'isthme ; d'autre part elle renseigne sur l'état de la sécrétion leucorrhéique intra-cervicale.

Après cette exploration, dès la deuxième séance, pour les cols de la catégorie que nous envisageons, on aura l'impression que la cavité cervicale est déjà plus ouverte et la deuxième cautérisation pourra déjà être presque complète ou complète, c'est-à-dire pourra porter sur toute la hauteur de la cavité cervicale jusqu'à la région de l'isthme.

Prenant, soit un gros crayon, soit un crayon un peu usagé, on pourra déjà pousser le crayon très profondément : si le crayon disparaît entièrement y compris la base cylindrique de la monture, la cautérisation sera complète. En effet, la partie libre du crayon mesurant 2 centimètres, la base cylindrique de la monture 1 centimètre, le crayon aura pénétré ainsi de 3 centimètres, ce qui est précisément la profondeur moyenne de la cavité cervicale.

Recommandation importante : on ne doit jamais cautériser au dela de la région de l'isthme. — Cette deuxième cautérisation sera, en général, assez facile. Elle devra cautériser le fond de la cavité cervicale, selon la technique de toute cautérisation; elle devra porter encore sur l'orifice et sur l'entrée de la cavité cervicale, en ayant soin de maintenir ou d'accentuer l'évidement produit par la première cautérisation. *Cet évidement en entonnoir conserve une large perméabilité de la cavité cervicale afin de pouvoir faire facilement les cautérisations plus profondes aux séances suivantes; d'autre part, il assure le drainage facile de la cavité cervicale.*

La troisième, quatrième et cinquième cautérisa-

tion. — A partir de la troisième séance, les cautérisations suivantes sont plus faciles, elles seront des cautérisations complètes de la cavité cervicale.

Si la cavité est alors largement ouverte, on devra s'attacher à cautériser surtout le fond de la cavité cervicale avec l'extrémité d'un crayon moyen, puis on terminera la cautérisation en se servant d'un gros crayon, insistant un peu moins longtemps à l'orifice, si l'évidement en est largement prononcé, si les lèvres de l'orifice ont été déjà entamées à leur face interne.

A quel moment précis faut-il arrêter les cautérisations et laisser la cicatrisation se faire. — Voici le point essentiel à bien connaître pour obtenir des guérisons complètes avec un succès constant.

G. Richelot répond « affaire de coup d'œil et d'expérience. Quand la plaie est rosée et nette après la chute de l'eschare, mais quand les lèvres sont encore épaisses, la bonne figure de la plaie ne prouve pas que les lésions glandulaires sont détruites. Si, au contraire, les lèvres sont amincies et bien sculptées à leur face interne, le traitement est fini. »

On peut donner à cette question une réponse très précise qui résulte du principe même du traitement. — Lorsque toutes les glandes de la muqueuse endocervicale ont été détruites, la cavité cervicale ne doit contenir aucune sécrétion glaireuse, aucune sécrétion muqueuse, visqueuse, appréciable. Ce renseignement précis sera recherché par la petite manœuvre que nous avons décrite précédemment et

que nous avons appelée l'épreuve de la pince. Si donc, la cavité cervicale explorée à la pince, la pince profondément introduite jusqu'à la région de l'isthme, ne laisse transsuder aucune sécrétion glaireuse, aucune sécrétion visqueuse, aucune sécrétion dont l'aspect caractéristique est d'être épaisse, filante, se laissant étirer à l'écartement de la pince, on peut être assuré que toute la muqueuse endocervicale est détruite.

Pratiquement, nous basant aussi sur l'expérience des nombreux cas que nous avons traités, nous poserons le principe suivant : On doit arrêter les cautérisations, d'une part, lorsque la cavité cervicale, attentivement explorée, ne laisse transsuder aucune sécrétion glaireuse, lorsque « l'épreuve de la pince » sera négative ; d'autre part, si la cavité cervicale a eu au moins deux cautérisations complètes, c'est-à-dire ayant porté sur toute la hauteur de la muqueuse intra-cervicale, depuis l'orifice externe jusqu'à l'isthme. Ce sont les deux conditions nécessaires pour pouvoir arrêter les cautérisations.

Pratiquement, il y a un troisième moyen de vérifier si le nombre des cautérisations a été suffisant. Ayant interrompu les cautérisations, c'est-à-dire après avoir constaté dix jours après la dernière cautérisation ses résultats satisfaisants, on revoit la malade huit ou dix jours après cette séance. A la séance suivante, c'est-à-dire dix-huit ou vingt jours après la dernière cautérisation, si la cavité cervicale reste toujours complètement asséchée, si elle ne

contient aucune sécrétion glaireuse on peut alors définitivement conclure à la destruction de toute la muqueuse malade et à partir de ce moment la guérison pourra être assurée.

Nombre des cautérisations. — Pratiquement, pour les cols de la catégorie dont nous venons d'envisager le traitement, la moyenne des cautérisations nécessaires est de 3 à 5 cautérisations, le plus souvent 4 ou 5 cautérisations. Quelquefois 2 cautérisations ont pu suffire, dans des cas où la sécrétion glaireuse était peu intense, muqueuse moins malade, moins épaisse, d'autre part lorsque la première cautérisation a pu être complète. Au contraire, dans certains cas, même lorsque les premières cautérisations ont pu être complètes, il a fallu 6 ou 7 cautérisations et même 8 et 9, lorsque les cols étaient très profondément infiltrés de lésions glandulaires.

En principe, il ne faut pas dépasser 8 cautérisations. Si après une série de 8 cautérisations le résultat obtenu est insuffisant, il faut interrompre les cautérisations pendant deux ou trois mois, puis reprendre la cautérisation afin d'achever la guérison par une autre série de 3 ou 4. Parmi nos observations, nous rapportons deux cas très difficiles ou pour obtenir une guérison complète et définitive il a fallu reprendre le traitement par une deuxième et même une troisième série de cautérisations (obs. 70 et 84).

Cols a orifice étroit, cols de nullipare, cols en barrillet, cols a orifice entr'ouvert mais dont la cavité cervicale est peu perméable.

Pour tous ces cols le traitement est assez difficile et beaucoup plus long.

Pendant les deux ou trois premières séances il faudra chercher progressivement à ouvrir l'orifice, puis évider l'entrée de la cavité cervicale pour pouvoir pénétrer ultérieurement dans toute sa profondeur. C'est question de coup d'œil et d'habitude ; *on devra toujours procéder à ces cautérisations doucement et progressivement.*

A la première cautérisation, on posera sur l'orifice l'extrémité d'un crayon déjà usagée, on l'y maintiendra le temps suffisant pour y creuser un petit cratère. A la deuxième séance, après la chute de l'eschare, à la place de l'orifice on trouve une excavation, une cupule, sur laquelle on cautérise. L'extrémité d'un crayon moyen y creuse un évidement en entonnoir, puis pénètre un peu dans la cavité cervicale. A la troisième séance, l'excavation est plus profonde, le col est plus largement ouvert, un crayon moyen peut être introduit assez loin, de 1 centimètre environ dans la cavité cervicale; il devra aussi accentuer l'évidement de l'excavation déjà produite, en mordant à la face interne des deux lèvres du col.

A partir de la quatrième séance, l'entrée de la cavité cervicale est assez ouverte pour permettre à

un crayon moyen d'entrer entièrement ou presque entièrement, jusqu'au fond de la cavité cervicale. A partir de la troisième ou quatrième cautérisation, la technique devient analogue à celle que nous avons exposée pour les cols qui sont plus ouverts d'emblée. *Les deux ou trois dernières cautérisations devront porter surtout au fond de la cavité, ne cautérisant que suffisamment l'entrée pour en maintenir l'ouverture et le drainage, mais pas trop pour ne pas produire une perte de substance excessive au niveau des lèvres du col.*

Emploi des laminaires dans certains cas avant de commencer les cautérisations. — Dans quelques cas, il pourra être indiqué d'utiliser la dilatation préalable de la cavité cervicale par l'emploi des laminaires.

Nous nous empressons de dire qu'il ne faut utiliser ce procédé qu'exceptionnellement. Il faut tout d'abord que la malade puisse garder le repos le plus absolu au lit pendant la durée de l'application de la laminaire, d'autre part, pour éviter des incidents infectieux de propagation à la cavité utérine ou aux annexes, il faut avoir la certitude que l'infection chronique est de date ancienne.

Il peut y avoir avantage à dilater préalablement la cavité cervicale dans deux cas :

1° Pour les cols de nullipare très petits, pour éviter une perte de substance excessive. La cavité cervicale dilatée, le crayon pourra pénétrer entièrement et dès la première cautérisation on pourra faire une

cautérisation complète : on pourra faire facilement le traitement avec un minimum de cautérisations, 2 ou 3 cautérisations ;

2° Dans les cas de flexion très prononcée, utérus antéfléchis, utérus rétrofléchis. La dilatation par une laminaire permettra d'atteindre plus facilement et plus sûrement le fond de la cavité cervicale jusqu'à l'isthme.

Pour ces deux indications de l'emploi de la laminaire, une dilatation de vingt-quatre heures suffit en utilisant une laminaire souple n°s 16 à 20.

Repos nécessaire pendant la période des cautérisations

C'est un côté de la méthode qui nous semble très important à préciser pour obtenir les meilleurs résultats, et, pour éviter les incidents ou les accidents qui pourraient survenir aux malades imprudentes.

Selon G. Richelot, après la cautérisation « la femme peut rentrer chez elle, mais elle doit rester au repos toute la journée, étendue s'il est possible. En évitant la fatigue, elle peut vaquer toute la semaine à ses occupations, quelques douleurs l'avertissent en cas d'imprudence ».

Pour bien des raisons, nous pensons qu'avant de commencer le traitement, on doit prévenir la malade de la nécessité impérieuse qu'il y a de garder le repos absolu pendant toute la durée des cautérisations. Ce repos peut paraître excessif et difficile à obtenir des malades.

La plupart, soit à l'hôpital, soit en ville, pour des raisons diverses, dira-t-on, ne peuvent pas l'observer; nous pensons cependant que ce repos, ordonné d'une façon sévère, est observé par la plupart de ces malades. En pouvant leur faire espérer une guérison certaine, en trois ou quatre semaines, six semaines au plus, ces malades qui traînent depuis des années, sans espoir de guérison, pour avoir essayé quantité de traitements, s'efforceront de s'imposer ce repos nécessaire, poussées par le désir de guérir. Pour leur faire comprendre toute l'importance du repos pendant la durée des cautérisations, il ne faut pas hésiter à déclarer le traitement impossible ou dangereux sans le repos, et refuser aux malades de les traiter, si elles n'acceptent pas cette obligation.

A la consultation du service, où plusieurs centaines de femmes sont traitées chaque année, les malades guéries contribuant à affirmer la guérison que l'on peut obtenir du traitement, malgré bien des difficultés matérielles, la plupart des malades que nous avons traitées personnellement ont su s'imposer tout le repos que nous leur avons conseillé. Celles, qui nous ont semblé dans l'impossibilité de garder un repos suffisant, dans la mesure du possible, ont été traitées dans le service.

Pour les malades de ville, il est très utile aussi de déclarer la nécessité du repos avec la même rigueur. Si ces malades sont à l'abri des grosses fatigues ou peuvent garder le repos absolu au lit, certaines com-

mettront nombre d'imprudences dont elles doivent avoir toute la responsabilité.

Après avoir insisté sur la nécessité rigoureuse du repos à cause de certains incidents possibles sur lesquels nous reviendrons, précisons quel doit être, à notre avis, le repos selon les cas. Chez toute malade atteinte de métrite cervicale chronique, dont les annexes, bien qu'actuellement parfaitement silencieuses, ont été atteintes antérieurement, on doit ordonner le repos absolu au lit pendant toute la durée de la période des cautérisations. Tout au plus pourra-t-on permettre à la malade de se lever quelques heures l'après-midi le huitième et le neuvième jour, si elle n'a eu aucune crise douloureuse dans le bas-ventre pendant les huit jours qui ont suivi la cautérisation et si la température, prise régulièrement matin et soir, n'a jamais atteint ou dépassé 38 degrés.

Pour les malades atteintes de métrite cervicale chronique, dont les annexes semblent à l'examen absolument indemnes de toute lésion récente ou ancienne, on pourra ordonner un repos un peu moins sévère: le repos absolu au lit le jour de la cautérisation et pendant les cinq jours qui suivent, à partir du sixième jour, on pourra tolérer à ces malades, si elles n'ont eu aucune crise douloureuse, du côté du bas-ventre, ni aucune élévation de température, de se lever quelques heures l'après-midi en évitant toute fatigue.

Enfin, avertir toute malade, que toute crise douloureuse dans le bas-ventre, même légère, mais persistante et continue, où toute élévation de température

au-dessus de 38 degrés lui interdit absolument de se lever.

Le repos pendant la durée de la période de cautérisation est non seulement une mesure de prudence pour éviter les incidents du traitement causés par l'imprudence des malades, mais il est aussi très favorable comme adjuvant du traitement de l'état local : le repos est la base de tout traitement en gynécologie. Enfin, il sera aussi très utile pour contribuer à relever l'état général souvent médiocre de ces malades, très épuisées depuis plusieurs années, ou même depuis de nombreuses années.

Période de cicatrisation et de réparation du col.

La cicatrisation des surfaces cautérisées (érosions, ectropion, muqueuse intra-cervicale) se fait en trois ou quatre semaines environ.

Elle demande à être surveillée en revoyant la malade tous les huit ou dix jours.

Chaque jour la malade continue à prendre deux fois par jour une injection vaginale légèrement antiseptique. Tous les dix jours, chaque séance, il suffira de faire un attouchement à la teinture d'iode sur l'orifice du col et dans la cavité cervicale. Pour éviter la formation de petites brides cicatricielles, qui pourraient amener un certain degré de sténose de la cavité cervicale, si la cicatrisation était abandonnée à elle-même, après avoir reconnu avec l'hystéromètre le trajet de la cavité cervicale et le passage

de l'isthme, on passera très doucement et progressivement la série des Bougies d'Hégar nos 2, 3, 4 et 5.

C'est du vingtième au trentième jour que cette surveillance est le plus nécessaire, car c'est à ce moment que la cicatrisation s'achève. Faute de surveillance, il peut se produire une atrésie partielle ou complète de l'orifice externe du col ainsi qu'un peu de sténose de la cavité cervicale. Les lèvres du col, qui sont alors des surfaces avivées, cruentées, abandonnées à elles-mêmes peuvent comme toute surface cruentée se souder et se cicatriser ; les orifices linéaires des cols déchirés latéralement sont à surveiller encore plus spécialement.

Nous reviendrons plus loin sur l'atrésie, incident du traitement, qui ne se produit que si les malades ont négligé de se faire surveiller régulièrement au moment de cette période de cicatrisation et de réparation du col.

A cette période, la malade n'a pas besoin d'autres soins. Elle devra éviter la fatigue, mais pourra circuler, aller à ses occupations.

Période de surveillance

La cicatrisation terminée dans de bonnes conditions, le travail de réparation achevé, le col reprend son aspect normal ou presque normal. Nous préciserons plus loin les résultats que l'on obtient.

Même dans ces conditions, il est nécessaire de surveiller l'état du col pendant deux ou trois mois

pour éviter tout incident possible. Il suffira de revoir la malade tous les quinze jours pendant ce premier mois de surveillance, puis une fois chaque mois, en faisant revenir la malade trois ou quatre jours après la fin de ses règles.

Après examen de l'utérus et des annexes, l'examen au spéculum aura pour but de faire constater que la guérison persiste, toujours complète et définitive. Après avoir essuyé avec un tampon de coton hydrophile légèrement humide les quelques sécrétions vaginales normales, on ne verra à l'orifice du col pas la moindre sécrétion glaireuse ou s'en échappant sous forme de petite glaire rubanée, étalée sur le museau de tanche. On vérifiera à la vue, puis en y introduisant l'extrémité de l'hystéromètre, la perméabilité de l'orifice du col.

L'hystéromètre doit explorer la cavité cervicale et être poussé doucement jusqu'au fond de la cavité utérine. Même, si l'orifice et la cavité cervicale sont parfaitement perméables, on devra toujours à chaque séance, à titre d'exploration et de régularisation de la cavité cervicale, passer les bougies d'Hégar n^{os} 2, 3 et 4. Lorsqu'il existe un léger rétrécissement à l'orifice externe, il suffira d'assouplir cet orifice par quelques mouvements de débridement pratiqués avec l'extrémité d'une bougie d'Hégar, n° 2. On s'apercevra toujours que derrière cet orifice légèrement serré on trouve une cavité cervicale très perméable.

Quelquefois, on pourra, tout d'abord, avoir l'impression d'un léger degré de sténose de la cavité, si

employant une bougie d'Hégar trop fine (n° 2) celle-ci s'engage dans un petit cul-de-sac de la cavité, au niveau d'une petite bride cicatricielle, ou, si ne trouvant pas tout de suite la direction exacte de la cavité cette bougie trop fine bute contre un angle de la paroi. Dans ce cas il est préférable de se servir d'un hystéromètre assez fin : l'extrémité à bout ovalaire trouve beaucoup mieux son passage, d'autre part, l'hytéromètre, dont le manche a une plus longue portée, est beaucoup plus facile à diriger.

S'il existe un certain degré de sténose on devra passer progressivement les bougies d'Hégar jusqu'au n° 5 afin de faire un peu de dilatation. Lorsque le col est fuyant, il sera utile de fixer le col avec une pince fixe-col ; poussant seulement du pouce le manche de la bougie, le col étant maintenu, la bougie d'Hégar trouvera elle-même son chemin. Cette exploration de la cavité cervicale par les bougies d'Hégar sera précédée et suivie d'un attouchement antiseptique sur l'orifice du col et sur son pourtour.

Lorsque le col a un aspect parfaitement normal depuis trois ou quatre mois après la dernière cautérisation, on pourra considérer cette période de surveillance terminée.

Si, dans certains cas, pour diverses raisons, il a pu se produire une légère atrésie de l'orifice externe ou un léger degré de sténose de la cavité cervicale, on devra prolonger cette période de surveillance en revoyant la malade une fois par mois trois ou quatre jours après la fin de ses règles.

C'est le moment que l'on doit choisir pour revoir ces anciennes malades à titre de surveillance. La manière dont les règles se seront passées quelques jours auparavant sera un renseignement très utile. A ce moment, quelques jours après la fin des règles, les parois de la cavité cervicale étant moins congestionnées, le cathétérisme sera plus facile. Enfin, une autre raison très importante, la femme venant d'avoir ses règles normalement, on ne risque pas à ce moment d'interrompre un début de grossesse de quinze jours ou trois semaines, qui ne serait pas toujours suffisamment appréciable au toucher. En surveillant régulièrement les malades traitées pendant la période de cicatrisation et de réparation du col, en continuant à les surveiller pour constater l'état définitif du col, on évitera toujours les incidents d'atrésie : lorsqu'ils se produisent, ils résultent de la négligence de la malade à se faire surveiller. Aussi, doit-on insister auprès des malades sur la nécessité de cette surveillance après leur guérison, en les prévenant que, faute de cette surveillance, il peut en résulter pour elles certains incidents fâcheux. Ces malades peuvent constater elles-mêmes les résultats probants de leur guérison : disparition complète de toute leucorrhée glaireuse, alors qu'elles se souciaient depuis des années de la persistance de pertes blanches abondantes, d'autre part amélioration de leur état général, se traduisant par une augmentation de poids de plusieurs kilos. Très satisfaites de leur état, elles seront portées, très naturellement, à oublier ou à ne

pas comprendre la nécessité de cette surveillance.

Enfin, en prévoyant les cas, où, par suite de la négligence de la malade, divers incidents d'atrésie pourraient se produire à son insu, on pourra prévenir les malades des deux recommandations suivantes : en cas de règles moins abondantes et très douloureuses, utilité d'un examen médical; d'autre part, au début d'une grossesse, utilité d'un examen au cours du troisième ou quatrième mois de la grossesse.

Résultats du traitement

Pratiqué selon une bonne technique et par un opérateur qui en a l'habitude, ce traitement est d'une efficacité à peu près certaine. Il guérit complètement, définitivement, tous les cas de métrite cervicale chronique à forme catarrhale, blennorrhagique, puerpérale ou mixte, les cas relativement récents comme les cas les plus invétérés.

Cette guérison s'affirme de la manière la plus évidente pour la malade par la disparition complète et définitive des sécrétions leucorrhéiques glaireuses, si abondantes et si tenaces depuis des années.

Dès la disparition de la leucorrhée la malade ressent l'impression d'une amélioration progressive de son état général; le plus grand nombre des malades guéries, dans les trois mois qui suivent leur guérison, ont repris un bon état général ou même, peut-on dire pour certaines, un très bon état général, une

très belle santé. La manifestation la plus évidente de cette amélioration de l'état général se traduit par une augmentation de poids très appréciable ; le plus grand nombre des malades que nous avons traitées ont repris dans les trois ou quatre mois qui ont suivi leur guérison une augmentation de poids de 3 à 6 kilos sur leur poids antérieur au traitement : certaines ont repris jusqu'à 8, 9, 10, 15 et 20 kilos.

Au point de vue de l'état local, en outre de la disparition complète et définitive de toute leucorrhée glaireuse pathologique, trois ou quatre semaines après la fin du traitement, on trouve un col nouveau dont l'aspect est normal ou presque normal.

Les résultats que l'on obtient sont souvent merveilleux ; plusieurs mois après la fin du traitement, on peut dire que l'on trouve, selon l'éloge de ces cols fait par Richelot, « un col nouveau, jeune, remis à neuf, un véritable col de vierge ». Ces résultats merveilleux s'obtiennent, soit sur des cols de nullipares qui ont pu être traités par 3 ou 4 cautérisations ou sur des cols de multipares dont les lèvres n'étaient ni éversées, ni déchirées, qui ont pu être traités par 4 ou 5 cautérisations. Dans ces cas la restitution esthétique est parfaite.

Pour les cols de nullipares qui ont subi 5 à 6 cautérisations ou davantage, pour les très gros cols de métrite chronique *post partum* aux lèvres fortement éversées et très déchirées latéralement, le col reprend un aspect normal sans atteindre cependant un degré de perfection esthétique aussi pure. Il reprend sa

coloration rosée, l'orifice externe est arrondi ou a repris une forme circulaire ou ovalaire, facilement perméable. Quant au volume, il peut être un peu diminué pour les cols de nullipare, ce qui leur donne un aspect légèrement effacé, ou au contraire, rester un peu plus gros pour les très gros cols de métrite puerpuérale très ancienne.

Enfin, nous devons à la vérité de dire, que dans quelque cas exceptionnels, très spéciaux, certains cols dont le traitement aura été très long et aura nécessité un très grand nombre de cautérisations, 8, 9 cautérirations ou même davantage, s'il a fallu reprendre le traitement (2 cas sur 300), la restitution du col ne peut pas être aussi parfaite. Par suite d'une perte de substance excessive, il pourra se produire un peu de rétraction cicatricielle, le volume du col sera manifestement réduit, l'orifice n'aura pas une forme aussi régulière ou sera un peu bridé à son pourtour, le tissu cicatriciel aura quelquefois un aspect rose nacré, enfin ce sont dans ces cas, si les malades ne sont pas surveillées, qu'il pourra exister une atrésie partielle de l'orifice, mais toutes ces diverses anomalies dans l'aspect du col traité par le Filhos sont exceptionnelles.

Faisant exception de quelques cas très spéciaux où la restitution de la forme ne peut pas être parfaite, on peut faire le plus bel éloge du traitement, en affirmant qu'il est d'une efficacité certaine, et qu'après le traitement, le col de l'utérus présente un aspect tout a fait normal ou presque normal.

Résultats éloignés du traitement

La guérison est complète et définitive puisqu'elle persiste plusieurs mois et plusieurs années après la fin du traitement. Il semble même que les réinfections soient tout à fait exceptionnelles (1 cas sur 300).

Le côté le plus important à considérer au point de vue des résultats éloignés *c'est la restitution de la fonction du col* (possibilité de la conception, avenir obstétrical des femmes traitées).

Conception. — On peut affirmer que la guérison de la métrite cervicale chronique après le traitement par le caustique de Filhos assure la possibilité de la conception. La cavité cervicale n'étant plus obstruée par les sécrétions glaireuses, d'autre part étant rendue très perméable après la guérison, la conception est possible. Comme observations personnelles nous rapportons 4 cas de grossesse, ayant évolué normalement, terminée par un accouchement normal, d'autre part 6 cas de début de grossesse. Ces observations suffisent pour prouver la possibilité de la conception, d'autant mieux que dans 5 cas la conception a eu lieu peu après la guérison alors que ces femmes étaient restées nullipares avant le traitement.

Dix cas de conception pour 300 observations c'est un chiffre minime, mais il est facile d'expliquer ce nombre relativement minime : 1° Nous n'avons pu

signaler que les cas d'anciennes malades, revues pour différents motifs à la consultation ; un certain nombre de malades guéries ont pu commencer une grossesse ; d'autres femmes, malgré la guérison de leur métrite chronique, n'ont pas eu de début de grossesse faute d'ovules, par altération profonde de leurs trompes ou de leurs ovaires, enfin un certain nombre de malades guéries n'ont pas eu de grossesse parce qu'elles ne l'ont pas désirée.

Avenir obstétrical des femmes traitées. — Ce côté très important des résultats du traitement a été considéré et discuté par les gynécologues et les accoucheurs dès les premières communications de Richelot à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie. Certains gynécologues et accoucheurs, redoutant après la fin du traitement un certain degré d'atrésie ou de sclérose du col, firent quelques réserves sur l'innocuité du traitement, au point de vue de l'avenir obstétrical des femmes traitées, se demandant si l'on observerait pas pour la dilatation du col des difficultés analogues à celles qui ont été constatées chez les femmes ayant subit l'opération de Schrœder.

Cette question est liée à celle de l'atrésie, question très importante que nous envisagerons plus loin. Ici, il nous suffit de dire, que, pratiqué selon une bonne technique, par un opérateur qui en a l'habitude, le traitement ne comporte aucun incident d'atrésie. D'autre part, nous considérerons les faits.

Après les communications de Richelot en 1900, 1901, 1903, malgré les discussions qu'elles suscitè-

rent, plusieurs accoucheurs dont Potocki et Lepage se déclarèrent partisans de traitement ; quelques-uns, dont Pinard, firent seulement quelques réserves, redoutant quelques difficultés possibles au moment de la dilatation.

En 1905, G. Richelot communiqua 8 cas de femmes traitées par le Filhos dont la grossesse fut normale et se termina par un accouchement à terme, tout à fait normal. La huitième observation lui avait été signalée par Lepage.

Actuellement, tous les partisans du traitement, gynécologues et accoucheurs, ont pu apprécier les résultats éloignés du traitement depuis quinze ou vingt ans, sans avoir à en redouter les incidents au point de vue de l'avenir obstétrical.

Personnellement, nous avons pu réunir, *au cours de cette année*, 4 cas de grossesse normale terminée par un accouchement normal. Nous en rapportons aussi un cinquième cas, observé au cours de cette année par le Dr Petitjean. On pourra se rendre compte, en lisant l'observation détaillée de ces cas, *que l'accouchement a été normal et facile*, même pour les deux cas où il s'agissait d'un premier accouchement. On trouve seulement deux petites anomalies pour l'un des cas, le deuxième accouchement de Mme L. (obs. CXX) ; l'accouchement s'est produit à huit mois et demi avec rupture prématurée de la poche des eaux deux jours avant l'accouchement.

En parcourant les Bulletins des comptes rendus de

la Société d'Obstétrique, de gynécologie et de Pédiâtrie de Paris, des années 1900 à 1914, à notre connaissance, nous n'avons relevé qu'un cas de dystocie, survenue chez une femme, dont la grossesse avait débuté trois ans après le traitement par le caustique de Filhos. Cette observation a été présentée à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie de Paris, le 15 juin 1908, par M. Potocki.

Nous ne pouvons pas reproduire ici cette longue observation, mais selon les renseignements de cette observation, selon les réflexions faites par l'auteur de l'observation, nous en retiendrons les faits essentiels : Le caustique a rétréci l'orifice externe mais ne l'a pas fermé, puisque, pendant trois ans, les règles ont persisté après les cautérisations et n'ont pas été accompagnées de dysmenorrhée, puisqu'enfin la femme est devenue enceinte. Cet orifice s'est oblitéré pendant la grossesse, par suite d'une agglutination, peut être de même nature que celle qu'on observe de temps en temps chez les femmes en travail (Thèse Lutaud, thèse de Paris 1908).

Dans ce cas, malgré l'atrésie ou l'agglutination de l'orifice externe du col, *il n'y avait pas d'atrésie de la cavité cervicale, puisque l'orifice externe reconstitué* (par une incision prudente et superficielle), *la dilatation, bien que plus longue, a pu se faire et l'accouchement se terminer normalement, spontanément.*

Dans ce cas de dystocie les difficultés ont été modérées, puisque l'accouchement s'est terminé spontanément. Les suites de couches ont été nor-

males ; à la sortie de la malade au quatorzième jour, *le col examiné au spéculum ne différait pas du col un peu déchiqueté d'une nullipare.*

Personnellement, nous faisons observer que cette femme avait eu une dizaine de cautérisations et que, traitée en 1904, elle a pu être traitée selon une technique ou les cautérisations étaient d'assez longue durée.

Depuis vingt ans le nombre des femmes traitées par le caustique de Filhos a été assez considérable ; si les cas de dystocie avaient été nombreux, il est probable, que l'on aurait judicieusement appelé l'attention sur ces accidents.

En considérant les observations que nous communiquons, nous pensons, que, pratiqué selon une bonne technique et par un opérateur qui en a l'habitude, en pouvant obtenir la guérison des cols traités avec un minimum de cautérisations par le Néofilhos, en moyenne quatre ou cinq et ne dépassant pas huit cautérisations, toutes, cautérisations de courte durée, ce traitement ne comporte pas d'incident sérieux au point au vue de l'avenir obstétrical des malades traitées.

Incidents du traitement

Le traitement bien fait, minutieusement surveillé, ne comporte que très rarement des incidents.

Le plus souvent, ces incidents résultent de la négligence des malades à se faire surveiller à la fin

du traitement ou de leurs imprudences au cours du traitement.

Les incidents les plus importants, qui peuvent se produire, tiennent à deux causes ; l'atrésie de l'orifice externe, les réactions annexielles plus ou moins sérieuses, qui peuvent se produire au cours du traitement.

Atrésie. — L'atrésie a toujours été le point délicat du traitement, sur lequel on a beaucoup discuté à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, dès les premières communications de Richelot en 1900.

Richelot a soutenu à diverses reprises qu' « il n'y a jamais d'atrésie ». En 1905, il répétait « pour ma part, je n'ai jamais vu d'atrésie depuis onze ans que j'utilise le Filhos chez des centaines de femmes. »

« Dans certains cas signalés, j'ai appris qu'il n'y avait pas d'oblitération de la cavité cervicale, mais seulement un peu d'induration cicatricielle de l'orifice externe et très facile à vaincre. »

En considérant les 300 cas de traitement que nous avons observés depuis plus d'un an à la consultation du service du Dr A. Siredey, nous pouvons affirmer que, pratiqué selon une bonne technique, avec une surveillance attentive des malades après la fin des cautérisations, le traitement ne produit pas d'atrésie.

Les cinq cas d'atrésie complète, que nous avons observés et dont nous avons rapporté l'observation, sont survenus chez des femmes, qui malgré la recom-

mandation générale faite à toute malade de continuer à venir se faire surveiller après la fin des cautérisations, ont négligé de revenir, se considérant guéries ou, pour l'une d'elle, chez une femme, qui a cessé de venir au cours de son traitement.

Deux de ces malades (obs. 102, 103) sont revenues quelques mois après, se plaignant d'avoir des règles plus douloureuses. Il subsistait un petit pertuis, suffisant pour permettre l'écoulement du sang menstruel. En rapportant ces observations, nous avons montré comment avec quelques cautérisations par le Néofilhos sur la cicatrice de l'orifice atrésié il a été possible de refaire un orifice externe.

Pour une autre malade (obs. 101) quelques séances de dilatation par les bougies d'Hégar ont suffi pour rendre très perméables l'orifice et la cavité cervicale.

Hématométrie. — Pour les deux autres cas (obs. 104 et 105) l'atrésie complète de l'orifice externe se compliqua aussitôt, dans les deux mois qui suivirent, d'hématométrie.

Les premières règles retenues provoquèrent quelques douleurs, mais insuffisantes pour amener les malades à s'en inquiéter.

Ce n'est qu'à la période menstruelle suivante, que les règles retenues provoquèrent des douleurs assez violentes pour décider la malade à revenir consulter.

L'absence de règles depuis deux mois, les douleurs violentes signalées par la malade, la constatation d'un utérus augmenté de volume mais dont l'ori-

fice externe est complètement cicatrisé, cet ensemble de symptômes ne laisse aucun doute sur le diagnostic d'hématométrie par suite d'une atrésie complète de l'orifice.

Cependant, en présence d'une femme récemment traitée, qui vient en signalant qu'elle n'a pas eu ses règles à la période où elles les attendait, en l'absence d'atrésie complète de l'orifice, on pourrait se demander s'il s'agit d'un peu de sténose ayant pu provoquer la rétention menstruelle, ou s'il s'agit d'un début de grossesse de quelques semaines. Il peut y avoir début de grossesse, immédiatement après la fin du traitement, alors que ces femmes, atteintes de métrites cervicale catarrhale depuis des années, n'avaient eu jusqu'à ce moment aucun début de grossesse.

L'utérus est augmenté de volume dans les deux cas, mais le corps utérin est plus mou et plus rénitent quand il s'agit d'une cavité utérine distendue par le sang menstruel retenu, d'autre part, cette rétention provoque des douleurs ; s'il y a début de grossesse, on trouve un col mou, un orifice externe qui apparaît perméable et les signes caractéristiques du côté des seins ne tardent pas à apparaître. Il sera toujours possible de préciser le diagnostic en revoyant la femme dix ou quinze jours plus tard. Dans le doute, on devra s'abstenir de toute exploration utérine et attendre.

Atrésie partielle. — Induration cicatricielle de

l'orifice externe. — Nous avons pu observer, parmi les 300 cas de traitement dont nous avons suivi les résultats éloignés, deux cas d'atrésie partielle, ayant rétrocédé après dilatations avec les bougies d'Hégar et constaté, d'autre part, dans quelques cas, un certain degré d'induration cicatricielle de l'orifice externe, très limité, très facile à vaincre.

Ces cas exceptionnels ne doivent pas être considérés comme des incidents du traitement ; soit l'atrésie partielle, soit une légère induration cicatricielle de l'orifice externe ont très facilement rétrocédé à une série de dilatations par les bougies d'Hégar, dans tous ces cas la cavité cervicale était très perméable.

Ces imperfections dans la restitution de la forme de l'orifice externe peuvent survenir chez des malades, qui ne viennent pas régulièrement se faire surveiller dans les semaines qui suivent la fin des cautérisations ; elles peuvent survenir aussi, quelquefois, chez des femmes, qui, atteintes de métrites chronique très invétérée, ont subi un grand nombre de cautérisations huit, neuf, dix cautérisations.

Une atrésie partielle, par rétraction cicatricielle du pourtour de l'orifice, peut se produire sur des cols atteints de lésions invétérées, *dont on a cautérisé seulement l'ectropion ou les érosions*, même à une certaine distance de l'orifice ; dans ces conditions, l'atrésie semble se produire beaucoup plus facilement et la guérison de l'endocervicite ne peut pas être obtenue. C'est en présentant quelque cas sem-

blables que M. Doléris a parlé récemment de l'effet atrésiant des caustiques (1).

Nous venons d'exposer les faits, les circonstances dans lesquelles peut se produire l'atrésie ; on peut dire, qu'au point de vue pathogénique, c'est une question de cicatrisation. Si, après les dernières cautérisations, on abandonne à elles-mêmes les surfaces cautérisées, ces surfaces avivées, cruentées auront tendance à s'accoler et à se souder en cicatrisant et cette soudure se produira plus facilement au niveau des bords de l'orifice externe. *Il suffit donc de surveiller la cicatrisation des surfaces cautérisées pour éviter l'atrésie.*

Rétraction cicatricielle. — Il est une objection qui a été souvent faite et que l'on est tenté de faire. Comment cette cautérisation destructive ne laisse-t-elle pas après elle une cicatrice rétractile ? Nous répondrons en considérant les nombreux cols traités, que nous avons observés plusieurs mois après la fin du traitement ou même revus quelques années après.

Le degré de rétraction cicatricielle, qui peut se produire dans quelque cas, est très léger, existant seulement autour de l'orifice et sans importance, car même légèrement induré ou un peu ridé cet orifice est très perméable : il laisse passer facilement l'hystéromètre et les bougies d'Hégar n° 3 et n° 4.

Il y a seulement rétraction cicatricielle appréciable avec diminution notable du volume du col lorsqu'il

1. *La Gynécologie*, janvier 1920. *Iconographie de l'ectropion cervical*, par M. Doléris.

a fallu faire sur des cols petits un nombre de cautérisations ayant amené une trop grande perte de substance, ou lorsque les cautérisations ont été faites sur des cols infectés depuis très longtemps et dont les tissus ont déjà subi un certain degré de sclérose.

Au point de vue pathogénique, nous rapporterons ici les avis autorisés de Quénu, de Delbet et d'Hartmann, au point de vue de la pathogénie générale du tissu cicatriciel. « On peut affirmer, selon Delbet, que la rétractibilité n'est pas une propriété fondamentale du tissu de cicatrice. Elle dépend de la manière dont évolue la cicatrisation, elle est fonction de l'infection de la plaie et du temps que le vernis épidermique cicatriciel met à se former, elle dépend de la manière dont se fait le travail de cicatrisation et surtout de sa durée. » La cicatrisation des surfaces cautérisées par le caustique de Filhos se fait en quinze à vingt jours.

La propriété rétractile ne dépend donc pas seulement de la perte de substance et la production d'une eschare n'aboutit pas fatalement à la formation de tissu rétractile.

Réactions annexielles. — Sur plus de 300 malades dont nous avons observé le traitement depuis un an, nous avons relevé 5 cas de réaction annexielle au cours du traitement, pouvant être considérés comme un incident plus ou moins sérieux du traitement.

Ces réactions annexielles au cours du traitement se sont toujours produites chez des malades dont la

métrite chronique était compliquée de lésions annexielles, lésions annexielles, assez récentes, anciennes, ou très anciennes. Toutes ces malades avaient eu plusieurs mois ou plusieurs années auparavant une crise aiguë diffuse ou plusieurs crises aiguës de salpingite.

Examinées avant le début du traitement, ces malades présentaient des reliquats annexiels ou des lésions anciennes de périmétrite, lésions silencieuses à l'examen, lésions silencieuses depuis plusieurs semaines, plusieurs mois ou plusieurs années, ces malades présentant comme lésion principale une métrite cervicale chronique à forme catarrhale justiciable du traitement.

Sur 5 de ces malades qui ont présenté une réaction annexielle plus ou moins importante, 3 n'avaient pas gardé le repos absolu qui leur avait été recommandé ; pour les deux autres, la réaction annexielle semble s'être produite, d'après les renseignements fournis par la malade, en dehors de toute fatigue.

Il y a donc lieu de considérer les réactions annexielles au cours du traitement comme un incident plus ou moins sérieux pouvant se produire chez les malades atteintes de métrite cervicale chronique compliquée de lésions annexielle anciennes. Nous avons rapporté l'observation de ces cas (obs. 106, 107, 108, 109, 110).

Pour éviter, dans la mesure du possible, toute réaction annexielle, il faudra toujours, chez ces malades, ordonner le repos absolu au lit pendant

toute la durée des cautérisations; on devra aussi, même en l'absence de réaction douloureuse très appréciable, faire prendre la température régulièrement matin et soir, toute élévation au-dessus de 38 degrés pouvant être considérée comme un indice d'une réaction annexielle possible. En présence d'une élévation persistante de la température, d'une crise douloureuse continue dans le bas-ventre, si l'on constate à l'examen des signes locaux de périmétrite ou de réaction annexielle, on devra interrompre le traitement; la malade gardera le repos absolu au lit, avec application de glace sur le ventre si la réaction semble assez vive.

En outre de ces cas, où la réaction annexielle se traduit par une crise aiguë ou subaiguë, nettement caractérisée, de périmétrite ou de salpingite, on peut constater en faisant l'examen local avant chaque cautérisation, une certaine sensibilité de l'utérus et des annexes avec un peu d'empâtement diffus. Dans ces cas, on devra interrompre le traitement dix à quinze jours. Après une période de repos absolu au lit, on voit, le plus souvent, *ces poussées fluxionnaires* se dissiper très rapidement. Le traitement peut être repris, en observant attentivement la malade et en lui recommandant le repos le plus absolu au lit.

Contre-indications du traitement

Le traitement est contre-indiqué :

1° *Pour toute métrite aiguë, puerpuérale ou blennorrhagique.*

Après l'accouchement, dans les semaines qui suivent, l'infection puerpérale est encore diffuse à travers l'utérus. La mollesse et la friabilité des tissus, la congestion de l'utérus créent des dangers particuliers. Les voies lymphatiques et les annexes peuvent réagir. Le col peut être entamé plus vite et plus profondément, il peut saigner.

L'infection blennorragique, à la période aiguë, bien que semblant localisée le plus souvent au col ou même à l'orifice du col, a pu diffuser silencieusement jusqu'au corps de l'utérus ou même jusqu'aux annexes. Là, encore, les voies lymphatiques et les annexes peuvent réagir.

Le traitement par le caustique de Filhos s'applique, non pas aux infections récentes aiguës, mais aux métrites cervicales chroniques. Cependant, lorsque l'infection blennorrhagique, bien qu'assez récente, datant de cinq à six mois, est arrivée à l'état chronique, et, qu'après avoir observé la malade pendant quelques semaines, l'infection semble localisée à l'orifice du col, par une ou deux cautérisations prudentes, faites sur l'orifice du col ou à l'entrée de la cavité cervicale, on peut traiter et guérir rapidement cette métrite localisée ;

2° *Pour toute métrite compliquée de lésions annexielles recentes, étant encore à l'état aigu ou subaigu* ;

3° *Pour toute métrite compliquée de lésions annexielles anciennes si celles-ci semblent très importantes à l'examen* : ces cas, où les lésions annexielles

constituent la lésion principale, prépondérante, relèvent de la chirurgie ;

4° Pour toute métrite chronique, compliquée de lésions annexielles anciennes, ayant donné lieu à diverses reprises à des rechutes aiguës ou subaiguës, ou, qui, au moment de l'examen, ne semblent pas absolument silencieuses (sensibilité des annexes à l'examen, mobilité très diminuée de l'utérus et des annexes, empâtement des culs-de-sac latéraux).

Pour ces cas, qui se présentent souvent parmi les malades atteintes de métrite chronique depuis des années, on devra mettre ces malades en observation pendant un certain temps, en leur ordonnant le repos absolu au lit : on les observera, selon les cas, pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, tant que les annexes ne seront pas revenues absolument silencieuses et mobiles ; lorsqu'on pourra commencer le traitement, on devra ordonner à ces malades le repos absolu au lit de la manière la plus formelle, leur faire prendre régulièrement leur température matin et soir, toute élévation de température persistant au-dessus de 38 degrés devant être considérée comme un indice précurseur d'une réaction annexielle possible, on devra suivre ces malades très attentivement au cours de leur traitement.

A ces contre-indications absolues du traitement nous ajouterons diverses contre-indications.

5° Chez une femme ayant accouché récemment ou depuis plusieurs mois on ne devra pas entreprendre le traitement ; il faut attendre le retour de couches.

Dans ces cas, par suite du travail de régression de l'utérus, par suite d'un état d'hyperinvolution de l'utérus, on pourrait redouter une tendance à l'atrésie.

6° On devra s'abstenir de traiter, avant de les avoir observés, certains cols, qui en l'absence d'autres signes caractéristiques de métrite, ne présentent qu'une hypersécrétion claire du mucus cervical : celle-ci peut être passagère et seulement de cause physiologique. Cependant, si cette hypersécrétion claire du mucus cervical persiste ou présente un aspect un peu louche, il faut savoir qu'elle peut être pathologique, résultant d'une infection très ancienne ou au contraire très atténuée au début. Dans ces cas, on devra essayer des cautérisations superficielles sur l'orifice du col et dans la cavité cervicale avec de la teinture d'iode, de la glycérine créosotée ou avec une solution très diluée de formol, on emploiera aussi des pansements vaginaux ; si, après quelques semaines d'observation, ces moyens ne donnent aucun résultat on devra traiter ces cas par le caustique de Filhos.

Enfin nous terminerons ce chapitre des contre-indications du traitement par une recommandation générale. *Il y a des cas où il ne faut pas traiter les cols à l'aveuglette.*

Certains cols, observés peu de temps après l'accouchement, peuvent faire croire à une métrite, mais ne sont pas justiciables du traitement. Ce sont des cols, qui, peu de temps après l'accouchement,

sont gros, congestionnés, s'ouvrent par l'écartement des vulves du spéculum et montrent une muqueuse intra-cervicale rose et boursoufflée ; c'est bien à tort, que l'on pourrait les croire ulcérés, infectés, ils sont en subinvolution aseptique et ils guériront par le repos et par de simples injections d'eau bouillie ou très légèrement antiseptiques.

Enfin, il faut savoir qu'il y a des métrites banales

« Il s'en faut, que toutes les métrites soient consécutives à l'infection puerpérale ou à la blennorrhagie. Dans un grand nombre de cas, on voit apparaître tous les symptômes de la métrite chez des femmes, qui depuis longtemps n'ont eu ni accouchement, ni fausse-couche, et qui n'ont pas été victimes d'une contagion blennorrhagique. On les observe à tout âge ; elles ont leur maximum de fréquence dans la période active de la vie génitale et particulièrement chez les jeunes mariées, mais on les rencontre aussi chez des vierges, chez des femmes âgées et leur genèse est quelquefois d'une interprétation difficile (1). Le Dr A. Siredey répète souvent, que la plus redoutable complication des *métrites banales légères*, c'est le traitement intempestif, cause habituelle de la plupart de leurs complications. En général, toutes ces métrites banales s'améliorent rapidement sous l'influence d'un simple traitement hygiénique, repos et simples injections avec de l'eau de guimauve à 39 degrés.

1. *Les Métrites banales. Traité de Gynécologie* de J.-L. Faure et A. Siredey.

Les diverses contre-indications que nous avons signalées prouvent, qu'il est nécessaire, avant de décider un traitement par les cautérisations au caustique de Filhos, d'explorer attentivement l'état des annexes et de faire un diagnostic précis de la forme de la métrite cervicale à traiter.

CHAPITRE III

TROIS CENTS OBSERVATIONS

Depuis plus d'un an que nous avons entrepris ce travail, de mars 1919 à juin 1920, nous avons pu observer plus de 300 malades atteintes de métrite cervicale chronique à forme catarrhale, traitées par les cautérisations au caustique de Filhos.

Toutes ces malades ont été traitées dans le service de notre maître le Dr A. Siredey, malades traitées dans le service mais surtout, malades venant à la consultation de gynécologie du service, dont l'activité est telle, que, trois fois par semaine, viennent consulter, en moyenne, vingt malades nouvelles, atteintes d'une affection génitale.

Toutes ces malades, dont nous rapportons l'observation, ont été examinées avant le début du traitement par le chef du service le Dr A. Siredey

De ces 300 observations, nous publions, d'une part, l'observation de 100 traitements, d'autre part, un certain nombre d'observations choisies parmi les 300, présentant un intérêt spécial, enfin nous avons établi un résumé de ces 300 observations, en y men-

tionnant quelques chiffres de statistique, qui nous ont semblé intéressants à mettre en évidence.

La plupart des malades, dont nous rapportons l'observation résumée, ont été traitées par nous-même. Les malades traitées il y a un an ou plusieurs années, ainsi qu'un certain nombre des autres malades traitées à la consultation du service ont été traitées par M. le Dr Petitjean, médecin assistant à la consultation du service depuis plus de quinze ans.

Nous avons présenté comme premières observations, quelques cas de traitement type, en donnant le détail du traitement à chaque séance. Pour les autres, nous avons précisé les antécédents génitaux, le début apparent de la métrite chronique, le nombre des cautérisations, le résultat définitif du traitement, observé pendant plusieurs mois (4, 5, 6, 8 mois 3 mois au minimum) ou observé après plusieurs années.

Dans la plupart des cas, nous avons pu mentionner l'amélioration de l'état général, en donnant l'augmentation de poids après la fin du traitement, dans les trois ou quatre mois qui ont suivi la guérison.

Pour identifier, autant que possible, la forme de ces métrites chroniques catarrhales, dont le début pour la plupart, date de plusieurs années, à un moment où, ni les signes cliniques, ni même l'examen microscopique de la leucorrhée ne permettent de retrouver des signes pathognomoniques, nous

nous sommes basés, d'après les renseignements fournis par les malades, sur les circonstances pathogéniques du début de la métrite.

Nous avons distingué ces métrites chroniques catarrhales, en métrites chroniques blennorrhagiques, et en métrites chroniques début *post partum* ou début *post abortum*.

La première catégorie est certainement celle que l'on peut le mieux identifier; chez une nullipare, que l'on retrouve ou non des antécédents de blennorrhagie aiguë, toute métrite cervicale chronique à forme catarrhale invétérée peut être considérée comme blennorrhagique. Pour la deuxième catégorie, la dénomination début *post partum* ou début *post abortum* ne précise la forme que par le moment du début apparent de la métrite, sans pouvoir en préciser l'origine infectieuse, ce qui est impossible à faire plusieurs années après le début de l'infection : beaucoup de ces formes à début *post partum* ou à début *post abortum* peuvent être considérées comme des formes mixtes gonostreptococciques.

RÉPARTITION DES OBSERVATIONS

100 traitements. . . .	Observations n^{os}	1 à 100
Incidents du traitement.	—	101 à 110
Débuts de grossesse . .	—	111 à 116
Grossesses normales, accouchements normaux.	—	117 à 120

Résumé des 300 observations

RÉSUMÉ DE 100 OBSERVATIONS

I. — *Formes basées sur les conditions pathogéniques*

a) Métrites cervicales chroniques blennorrhagiques. 57 cas
Chez des multipares . . . . . 46 cas
Chez des femmes ayant eu un enfant ou une fausse couche. . . . . 11 cas

b) Métrites cervicales chroniques début *post-partum*, ou début *post-absortum* ou formes mixtes . . . . 43 cas

II. — *Début apparent de la métrite*

a) Depuis moins d'un an. . . . . 16 cas
b) Depuis 1, 2, 3, 4 et 5 ans. . . . . 45 —
c) Depuis plus de 5 ans. . . . . 22 —
d) Depuis plus de 10 ans. . . . . 17 —

III. — *Nombre des cautérisations par le néofilhos*

2	cautérisations.	. . . . .	7 cas
3	—	. . . . .	23 —
4	—	. . . . .	31 —
5	—	. . . . .	17 —
6	—	. . . . .	3 —
7	—	. . . . .	10 —
8	—	. . . . .	5 —
9	—	. . . . .	2 —
11	—	(2 séries de cautérisations).	1 —
16	—	(traitement repris 2 fois) .	1 —

IV. — *Augmentation de poids après la guérison*

2	kilogrammes.	. . . . .	4 cas
3	—	. . . . .	16 —
4	—	. . . . .	15 —
5	—	. . . . .	10 —
6	—	. . . . .	12 —
7	—	. . . . .	2 —

8	—	5 —
9	—	2 —
10	—	1 —
15	—	1 —
20	—	1 —

Poids stationnaire ou non connu. 30 —

RÉSUMÉ DE 300 OBSERVATIONS

I. — *Métrites cervicales chroniques blennorrhagiques.* . . . . . 179 cas

Métrites cervicales chroniques début *post partum* au début *post abortum* ou formes mixtes. . . . . 121 —

II. — *Incidents du traitement* (observations 101 à 110)

a) Atrésie complète avec dysménorrhée douloureuse . . . . . 3 cas

b) Atrésie complète compliquée d'hématométrie. . . . . 2 —

c) Réaction annexielle au cours du traitement (Métrites chroniques compliquées de lésions annexielles anciennes). . . 5 —

III. — *Début de grossesse, grossesse normale, accouchement normal, après guérison* (observations 111 à 120).

Début de grossesse. . . . . 6 cas

Grossesse normale terminée par un accouchement normal. . . . . 4 —

IV. — *Résultats.*

Traitement abandonné, chez des malades atteintes de métrite chronique compliquée de lésions annexielles anciennes, par suite de réaction annexielle aiguë. . . . 4 —

Guérison. . . . . 296 cas

OBSERVATIONS

Obs. 1 (Métrite chronique blennorrhagique datant d'un an. Col de nullipare. Orifice du col punctiforme. 6 cautérisations. Guérison depuis 4 mois. Augmentation de poids de 4 kilogrammes).

R... Yvonne, vingt-quatre ans. Nullipare, pas de fausse couche. En février 1918, blennorrhagie aiguë. Pendant 2 mois prend des injections d'eau de camomille. En avril et mai 1918 traitée à la consultation de l'hôpital Cochin : injections vaginales d'eau de camomille, pansements à la glycérine ichtyolée 2 fois par semaine. En juin 1918, cesse tout traitement. Permission du mari ; 4 ou 5 jours après son arrivée contagion blennorrhagique du mari. En septembre 1918, crise aiguë de salpingite. En traitement pendant un mois à l'hôpital Saint-Antoine. Repos au lit. Application de glace sur le ventre pendant 3 semaines. Vient à la consultation du service en mars 1919. Métrite chronique, lésions annexielles anciennes, silencieuses, peu importantes. Col de nullipare assez gros, conique, orifice punctiforme, laissant échapper une glaire muco-purulente jaunâtre très caractéristique.

1re cautérisation, le 27 mars. Application de l'extrémité d'un crayon moyen sur l'orifice, en évidant le pourtour interne de l'orifice, afin d'y creuser une petite cupule.

2e cautérisation le 3 avril : évidement de la cupule formée avec un crayon moyen qui peut pénétrer un peu à l'entrée de la cavité cervicale. Cautérisation non douloureuse.

3e cautérisation le 12 avril. L'orifice du col est assez ouvert et la cavité cervicale assez évidée pour permettre à

un crayon moyen de pénétrer assez loin dans la cavité cervicale.

4e cautérisation le 24 avril. Large cupule assez profonde, mais un gros crayon ne pénètre pas encore complètement.

5e cautérisation le 3 mai. Avant la cautérisation on constate moins de sécrétions glaireuses ; une large cupule est formée à l'entrée de la cavité cervicale, mais la pince à pansement ne pénètre pas encore jusqu'au fond de la cavité cervicale. On fixe le col avec une pince à griffe et l'on explore la direction de la cavité cervicale avec l'hystéromètre. L'utérus est en antéflexion assez prononcée. Pour pouvoir cautériser profondément la partie de la cavité cervicale voisine de l'isthme, continuant à fixer le col, un crayon petit en pénétrant facilement et entièrement cautérise la partie profonde de la cavité cervicale.

15 mai, toute la cavité cervicale est bien ouverte ; un crayon moyen pénètre facilement et entièrement. 6e cautérisation qui sera très probablement la dernière cautérisation.

Le 22 mai. La pince à pansement pénètre complètement dans la cavité cervicale et retire le moule d'une très grosse eschare. Plus de sécrétion glaireuse dans la cavité cervicale. La malade doit revenir dans cinq jours, pour juger définitivement si une autre cautérisation serait encore nécessaire.

27 mai. Pas de sécrétion glaireuse dans la cavité cervicale, simple attouchement à la teinture d'iode. A partir de ce moment la guérison peut être assurée.

3 juin. Aucune sécrétion glaireuse. Simple attouchement à la teinture d'iode. En fixant le col à cause de l'antéflexion prononcée qui rend moins facile le passage des bougies on passe progressivement l'hystéromètre, une bougie d'Hégar, n° 3, 4 et 5.

Revue le 17 juin, le 8 juillet, les règles viennent de se terminer il y a 4 jours. Règles normales non douloureuses. Le col a repris un aspect presque normal : un peu diminué de volume, de coloration rosée, orifice régulier, arrondi, très perméable. Une bougie d'Hégar 3 et 4 passe facilement. Aucune leucorrhée dans la cavité cervicale. Etat général meilleur. Augmentation de poids de 1 kilog. Revue le 22 juillet, le 5 août, le 2 septembre. La guérison persiste définitive. Très bon état général. Augmentation de poids de 4 kilog.

Obs. 2 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 2 ans. Col de nullipare : 7 cautérisations. Guérison depuis 3 mois).

M... Mathilde, 32 ans. Nullipare. Début apparent de la métrite il y a deux ans. Leucorrhée jaunâtre abondante. Vient à la consultation en novembre 1919. Utérus antéfléchi. Pas de lésions annexielles. Gros col renflé en barillet. Petit orifice. Cavité cervicale très distendue par une sécrétion muco-purulente glaireuse très abondante, très caractéristique.

1re cautérisation le 8 novembre, portant sur l'orifice.

2e cautérisation le 18 novembre. — Evidement plus accentué de l'orifice.

3e cautérisation le 27 novembre. — La cavité cervicale est déjà assez ouverte pour faire pénétrer assez profondément un crayon moyen.

4e cautérisation le 11 décembre. — Large évidement de l'orifice. La cavité cervicale est bien ouverte, un gros crayon pénètre facilement entièrement. Cautérisation complète de toute la cavité cervicale.

Le 20 décembre, la sécrétion muco-purulente est encore très abondante.

5e cautérisation avec un gros crayon, sur toute la hauteur de la cavité cervicale puis application à l'entrée de la cavité pour maintenir l'évidement large de l'orifice.

Le 30 décembre, la cavité cervicale est largement ouverte jusqu'au fond, mais on retire encore un peu de sécrétion purulente.

6e cautérisation avec un gros crayon.

10 janvier 1920. — La sécrétion glaireuse est très diminuée. La pince à pansement retire encore un peu de mucus épais, louche.

7e cautérisation avec un crayon moyen portant au fond de la cavité cervicale, attouchement rapide à l'entrée de la cavité qui est bien évidée.

20 janvier. — Aucune sécrétion glaireuse dans la cavité cervicale, simple attouchement à la teinture d'iode. En raison du grand nombre de cautérisations, il y a lieu de surveiller plus souvent la période de cicatrisation. Revue le 27 janvier, le 3 février, la cicatrisation est achevée : l'orifice est très perméable. On passe facilement l'hystéromètre, une bougie

3 et 4. Revue le 10 février, le 24 février, le 9, le 23 mars, le 27 avril : La guérison persiste. Aucune leucorrhée glaireuse venant de la cavité cervicale. Col de coloration rosée, un peu diminué de volume. Orifice arrondi un peu ride à son pourtour mais très perméable : L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 3 kilogrammes.

Obs. 3 (Métrite chronique blennorrhagique datant d'un an. Col de nullipare béant : 3 cautérisations. Guérison depuis 3 mois : augmentation de poids de 5 kilogrammes).

R... Lucienne, 22 ans. Nullipare, pas de fausse couche. Blennorrhagie aiguë en février 1918. Malgré la persistance des pertes blanches ne fait aucun traitement. Malgré une grande lassitude générale continue son travail assez pénible. Employée aux colis à la gare de Lyon. En mai 1919 vient à la consultation du service. Utérus antéfléchi, mobile. Rien d'anormal aux annexes. Gros col béant.

Le 27 mars, dès la 1re cautérisation, un crayon moyen après évidement du pourtour de l'orifice peut pénétrer déjà assez loin dans la cavité cervicale.

Le 3 avril, 2e cautérisation. Evidement de l'orifice avec un crayon moyen puis un gros crayon arrive à pénétrer complètement (ce qui laisse à supposer un traitement rapide).

12 avril. — Le col est largement ouvert à l'orifice. Cautérisation complète de toute la cavité cervicale avec un gros crayon qui pénètre complètement (y compris la base cylindrique de la monture métallique.

Le 29 avril, aucune sécrétion glaireuse dans la cavité cervicale. Aspect rosé des lèvres du col ; simple attouchement à la teinture d'iode.

3 mai. — Aucune sécrétion glaireuse dans la cavité cervicale. Aspect rosé du col. 3 semaines après la dernière cautérisation la cicatrisation est achevée : orifice arrondi, très perméable, meilleur état général.

Revue le 17 mai, le 15 juin, le 12 juillet le 7 août. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice arrondi, régulier, très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Très bon état général. Augmentation de poids de 5 kilogrammes.

Obs. 4 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 8 ans. Col de nullipare assez ouvert : 4 cautérisations. Guérison depuis 4 mois. Augmentation de poids de 10 kilogr.)

C... Emilienne, 32 ans. Mariée depuis 8 ans. Début de la métrite dans les mois qui suivent son mariage. Leucorrhée glaireuse très abondante. Traitée depuis 8 ans pour métrite. Vient à la consultation du service en novembre 1909. Grosse métrite catarrhale muco-purulente. Col entr'ouvert. Lésion annexielle ancienne à gauche, mobile, non sensible. 4 cautérisations par le Neofilhos le 8, le 18 novembre, le 2, le 11 décembre. Guérison le 23 décembre. Revue le 13 janvier. La cicatrisation est achevée : le col a repris un aspect parfaitement normal de coloration rosée. Orifice arrondi, très régulier, très perméable. L'hystéromètre, une bougie d'Hégar, 3 et 4 passent très facilement. Revue le 10, le 24 février, le 9 mars, le 23 mars, le 20 avril. La guérison persiste. Aspect parfaitement normal du col. La lésion annexielle gauche qui provoquait assez souvent des crises douloureuses, obligeant la malade à interrompre ses occupations est très améliorée, très mobile, non sensible, très peu volumineuse actuellement. La lassitude générale qu'éprouvait la malade depuis des années a complètement disparu. Très bon état général. Augmentation de poids de 10 kilogrammes.

Obs. 5 (Métrite chronique début *post partum* datant de 5 ans. Col de multipare. 4 cautérisations. Guérison depuis 5 mois. Augmentation de poids de 15 kilogrammes)

V... Henriette, 34 ans. Multipare, a eu 3 enfants. Début apparent de la métrite il y a 5 ans dans les mois qui suivirent le 3e accouchement. Lassitude générale. Pesanteur dans le bas-ventre Pertes blanches, glaireuses, grisâtres, plus ou moins abondantes, mais persistantes Traitée pour métrite depuis 5 ans. Vient à la consultation du service en novembre 1919. Métrite chronique catarrhale. Utérus mobile en position indifférente. Col un peu volumineux. Lèvres du col un peu ectropionnées, petite érosion sur le pourtour de la lèvre antérieure. Leucorrhée glaireuse, abondante. Aucune

lésion annexielle appréciable. Les culs-de-sac sont très libres et très souples.

1re cautérisation le 6 novembre. L'orifice étant béant, avec un crayon moyen badigeonnage de l'érosion et de la muqueuse ectropionnée puis évidement de l'entrée de la cavité cervicale en mordant à la face interne des lèvres du col.

Le 15 novembre, aspect rose des surfaces cautérisées, évidement en entonnoir assez prononcé à l'entrée de la cavité cervicale, 2e cautérisation avec un crayon moyen, évidement à l'entrée de la cavité cervicale, puis ce crayon pouvant pénétrer assez facilement, cautérisation plus profonde à l'intérieur de la cavité cervicale.

Le 29 novembre, la cavité est déjà assez ouverte, un crayon moyen pénètre très facilement entièrement y compris la base cylindrique de la monture métallique, ce qui assure une cautérisation complète de toute la cavité en portant jusqu'à la région de l'isthme.

Le 9 décembre, cavité cervicale largement ouverte. Une petite pince à pansement permet de constater que l'on pénètre largement jusqu'au fond de la cavité cervicale. Les sécrétions glaireuses sont très diminuées. Aspect rosé des surfaces cautérisées.

4e cautérisation, après avoir touché le fond de la cavité avec l'extrémité d'un crayon moyen, cautérisation rapide de toute la cavité avec un gros crayon.

Revue le 18 décembre. Aspect rosé de la cavité cervicale largement ouverte sur toute la hauteur. Aucune sécrétion glaireuse. La guérison semble assurée. Simple attouchement à la teinture d'iode.

Revue le 27 décembre. L'épreuve à la pince ne ramène aucune sécrétion glaireuse de la cavité cervicale, plus de 15 jours après la dernière cautérisation. La guérison est donc complète. Simple attouchement à la teinture d'iode.

Revue le 10 janvier. La cicatrisation est achevée. Aspect normal du col. Orifice arrondi, régulier, très perméable.

Revue le 17 janvier, le 14 février. La guérison persiste, aucune leucorrhée pas même la moindre sécrétion vaginale. Aspect normal du col, orifice arrondi très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Très bon état général. Augmentation de 14 kilogrammes sur le poids antérieur au traitement.

Revue le 28 février, le 23 mars, le 22avril, le 20 mai. La guérison persiste. Aucune leucorrhée. Règles normales, non douloureuses. Très bon état général. Augmentation de poids de 15 kilogr.

Obs. 6 (Métrite chronique début *post partum* datant de 6 ans. Col de multipare. 7 cautérisations. Guérison depuis 3 mois augmentation de poids de 6 kilogr.).

L... Jeanne, 30 ans. Mariée en 1911. 1er accouchement en 1912 normal. Suites de couches normales. 2e accouchement en 1914 normal. 3 mois après début apparent de la métrite. Lassitude générale, règles irrégulières peu abondantes. Pertes blanches abondantes ayant persisté. Traitée pour métrite depuis 4 ans. Vient à la consultation du service en novembre 1919. Métrite chronique catarrhale. Très gros col. Erosions sur le pourtour de l'orifice, orifice linéaire, sécrétion purulente très abondante. Corps de l'utérus augmenté de volume. Pas de lésions annexielles appréciables 18 novembre, 1re cautérisation portant sur l'orifice et à l'entrée de la cavité cervicale : le 27 novembre, 2e cautérisation, évidement de l'orifice dont les lèvres sont très épaisses puis un crayon moyen pénètre facilement entièrement. Les 3e, 4e, 5e et 6e cautérisations portent sur toute la hauteur de la cavité. La 6e cautérisation a lieu le 6 janvier. Le 17 janvierla, sécrétion glaireuse qui était très abondante semble très diminuée, 7e cautérisation complète, elle sera probablement la dernière. Le 31 janvier, aucune sécrétion glaireuse. Aspect rosé des surfaces cautérisées, cavité cervicale très largement et très profondément entr'ouverte. Pour être assurée de la guérison, la malade doit revenir dans 8 jours. Le 7 février aucune sécrétion glaireuse dans la cavité cervicale. Le 21 février la cicatrisation est achevée. Col d'aspect normal aucune sécrétion glaireuse à l'orifice. Orifice linéaire devenu ovalaire très perméable. L'hystéromètre une bougie 3 et 4 passent très facilement. Revue le 9 mars. Meilleur état général. Augmentation de poids de 4 kilogrammes. Revue le 25 mars, le 22 avril. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice ovalaire très perméable. L'hystéromètre passe très facilement et mesure 7 cm. 5. Très bon état général. Augmentation de poids de 6 kilogr.

Obs. 7 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 2 ans Guérison depuis 4 mois. Augmentation de poids de 4 kilogr.).

C... Marcelle, 26 ans. Mariée en 1914. Nullipare. Blennorrhagie aiguë en décembre 1917. Tratiée immédiatement. Injections et pansements. Etat de guérison apparent pendant un an. Depuis novembre 1918 traitée pour métrite chronique. A diverses reprises a eu plusieurs traitements : injections vaginales pansements divers, ovules, cautérisations à la teinture d'iode,instillations intra-utérines de chlorure de zinc. Vient à la consultation du service en novembre 1919. Métrite chronique blennorrhagique. Reliquats annexiels. L'orifice du col entr'ouvert laisse échapper une glaire purulente abondante très caractéristique. 4 cautérisations au Néofilhos, 3 en décembre la 4e le 8 janvier. Guérison le 17 janvier. Revue le 24 janvier, le 7 et 24 février, le 9 mars, le 23 mars, le 6 avril, le 15 mai 1920. La guérison persiste. Aucune leucorrhée glaireuse, pas même la moindre sécrétion vaginale. Etat normal du col, orifice très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent très facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 4 kilogr.

Obs. 8 (Métrite chronique. Début *post abortum* datant de 5 ans. Guérison depuis 3 mois. Augmentation de poids de 2 kilogr.).

J... Louise, 26 ans. Multipare 1er accouchement en 1912. 2e accouchement en 1913. Fausse couche de 3 mois en 1914. Début apparent de la métrite environ 6 mois après la fausse couche. Traitée pour métrite chronique depuis 5 ans. Vient à la consultation du service en novembre 1919 : 3 cautérisations le 18, le 27 novembre, le 15 décembre. Guérison le 10 janvier 1920. Revue le 5 février, le 6 mars, le 1er avril. La guérison persiste. Col un peu volumineux. Orifice linéaire très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent très facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 2 kilogr.

Obs. 9 (Métrite chronique datant de plusieurs années. Guérison depuis 3 mois. Augmentation de poids de 8 kilogr.).

C... Gabrielle, 26 ans. Multipare. 1re accouchement en 1910 normal. Suites de couches normales. 2e accouchement en 1911 normal. Suites de couches normales. Vient à la consultation du service en novembre 1919. 5 cautérisations au Néofilhos en novembre et décembre. Guérison le 3 janvier. Revue le 5 et le 24 février, le 19 mars, le 6 avril. La guérison persiste. Etat normal du col, orifice arrondi un peu ridé à son pourtour mais très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Très bon état général. Augmentation de poids de 8 kilogr.

Obs. 10 (Métrite chronique datant de plusieurs années. Guérison depuis 3 mois. Augmentation de poids 3 kilogr.).

L... Marguerite, 32 ans. Multipare. 1er accouchement en 1907 normal. Suites de couches normales. 2e accouchement en 1911 normal. Suites de couches normales. Vient à la consultation du service en novembre 1919. Gros utérus. Col très volumineux. Orifice béant. Sécrétion glaireuse très abondante. 3 cautérisations au Néofilhos le 27 novembre, le 6, le 16 déçembre. Guérison le 3 janvier. Revue le 17 janvier le 10 février, le 9 mars, le 6 avril 1920. La guérison persiste. Etat normal du col, orifice linéaire, ovalaire, très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 3 kilogr.

Obs. 11 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 3 ans. Guérison depuis 3 mois. Augmentation de poids de 5 kilogr.).

J... Emma, 26 ans. Accouchement en 1911 normal. Suites de couches normales. Blennorrhagie aiguë il y a 3 ans Traitée pour métrite depuis 2 ans. Vient à la consultation du service en décembre 1919. 4 cautérisations au Néofilhos le 6, le 16 et le 30 décembre, le 8 janvier 1920. Revue le 15 janvier. Guérison le 27 janvier. Revue le 10 février, le 9 mars, le 3 avril, le 4 mai. La guérison persiste. Etat normal du col. Orifice

linéaire très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Bon état général. Augmentation de poids 5 kilogr.

Obs. 12 (Métrite chronique blennorrhagique. Guérison depuis 3 mois. Augmentation de poids de 6 kilogr.).

R... René, 17 ans. Nullipare. Pas de fausse couche. Est envoyée en mars 1919 à la consultation du service à cause d'une ménorragie depuis un mois et d'une ulcération assez étendue à la lèvre antérieure du col. Après un repos absolu au lit de 8 jours, l'hémorragie cesse. Revue à la consultation le 5 avril. Métrite cervicale chronique blennorrhagique avec érosion de la lèvre antérieure du col. 4 cautérisations au Néofilhos en avril et mai. Guérison le 24 mai. Revue le 10 juin, le 19 juillet, le 6 septembre. La guérison persiste. Aspect normal du col. La cicatrisation de l'érosion est de couleur rosée. Orifice perméable. L'hystéromètre passe très facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 6 kilogr.

Obs. 13 (Métrite chronique blennorrhagique. Guérison depuis 3 mois. Augmentation de poids de 3 kilogr.).

M... Georgette, 20 ans. Accouchement en 1917 normal, Suite de couches normales. Vient à la consultation du service en décembre 1919. Métrite cervicale chronique blennorrhagique. 4 cautérisations au Néofilhos : le 9, le 18, le 27 décembre 1909, le 10 janvier 1920. Guérison le 20 janvier. Revue le 31 janvier, le 24 février, le 23 mars, le 27 avril. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Meilleur état général. Augmentation de poids de 3 kilogr.

Obs. 14 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 3 ans. Guérison depuis 4 mois. Augmentation de poids de 2 kilogr.).

S... Marguerite, 25 ans. Accouchement en 1913 normal. Début apparent de la métrite il y a 3 ans : Traitée à diverses

reprises depuis 3 ans (pansements divers, injections vaginales). Vient à la consultation du service en décembre 1919. Métrite chronique blennorrhagique. Reliquats annexiels. 4 cautérisations au Néofilhos en décembre. Guérison le 8 janvier. Revue le 22, le 29 janvier, le 17, le 28 février, le 16, le 25 mars, le 8 avril, le 8 mai, le 27 mai 1920. La guérison persiste. Etat normal du col, un peu diminué de volume. Orifice ovalaire très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Meilleur état général. Augmentation de poids de 2 kilogr.

Obs. 15 (Métrite chronique datant de 3 ans. Guérison depuis 4 mois. Augmentation de poids de 4 kilogr.).

D... Marcelle, 26 ans. Accouchement normal en 1913. Suite de couches normales. Début apparent de la métrite il y a 3 ans. Vient à la consultation en décembre 1919 Métrite chronique catarrhale. Utérus rétroversé. 3 cautérisations au Néofilhos le 5, le 16, le 30 décembre. Guérison le 10 janvier 1920. Revue le 31 janvier, le 10 février, le 6 mars, le 3 avril, le 4 mai. La guérison persiste. Etat normal du col. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent très facilement. Orifice perméable. Bon état général. Augmentation de poids de 4 kilogr.

Obs. 16 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 6 mois. Guérison depuis trois mois. Augmentation de poids de 4 kilogr.).

L.-J... Lucie, 23 ans. Nullipare. Pas de fausse couche. En septembre 1918. Blennorrhagie aiguë. Le 28 novembre bartholinite aiguë. Vient à la consultation du service en mars 1919. Gros col, orifice petit, bordé d'un liseré rougeâtre, gouttelette de muco-pus épais, gris verdâtre. Rien d'anormal aux annexes. 5 cautérisations au Néofilhos : le 20 mars, le 29 mars, le 8 et le 26 avril. Revue le 6 et le 17 mai, le 5 et le 19 juin, le 12 juillet, le 5 août. La guérison persiste. Col un peu diminue de volume. Coloration rosée. Orifice arrondi très perméable. L'hystéromètre. une bougie d'Hégar 3 et 4 passent facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 4 kilogr.

Obs. 17 (Métrite chronique. Début *post abortum* datant de 2 ans. Guérison depuis 3 mois).

C... Antoinette, 30 ans. Fausse couche de 3 mois en avril 1917. Retour de couches 1 mois après, mais dans les jours qui suivent pertes blanches abondantes ayant persisté depuis 2 ans. Vient à la consultation du service en février 1919. 2 cautérisations au Néofilhos le 15 et le 25 février. Guérison le 12 avril. Revue le 10 mai, le 3 juin, le 8 juillet. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice arrondi perméable. L'hystéromètre, une bougie n°3 passe facilement. Bon état général.

Obs. 18 (Métrite chronique. Début *post partum*. Début du traitement 10 jours après un curettage fait pour rétention placentaire. Guérison depuis 3 mois).

G... Marguerite, 19 ans. Accouchement en novembre 1918 normal. Début apparent de la métrite un mois après. Leucorrhée épaisse plus ou moins abondante mais persistante. Entrée salle Bichat pour fausse couche de 2 mois 1/2 en mai 1919. Curettage le 9 mai. Suites parfaitement normales. En l'absence de tout signe d'infection ou de réaction annexielle profitant de l'état béant de la cavité cervicale on commence le traitement de la métrite cervicale chronique dont on a constaté la sécrétion glaireuse caractéristique avant le curettage. 3 cautérisations le 17 et 24 mai et le 6 juin. Revue le 13 et 23 juin, le 22 juillet et le 19 août. La guérison persiste. Aspect parfaitement normal du col. Orifice très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3, 4 et 5 passent facilement.

Obs. 19 (Métrite chronique gonococcique début post-abortum. Guérison depuis 3 mois. Augmentatien de poids de 3 kilogr.).

L... Louise, 26 ans. Accouchement normal en 1917. Suites de couches normales. En novembre 1917, fausse couche de 3 mois, 8 jours après la fausse couche crise aiguë de périmétro-salpingite, température élevée. Application de glace sur le ventre pendant 5 jours. Sort de la maternité de Saint-Antoine au 14e jour. Leucorrhée abondante et persistante.

En 1918 crise aiguë de salpingite gauche. Repos au lit pendant un mois. Depuis janvier 1919 troubles menstruels, règles régulières mais abondantes durant de 8 à 12 jours. En mars 1919 entre dans le service, salle Bichat. Col volumineux, orifice étroit rougeâtre. Goutte de muco-pus grisâtre. A l'examen microscopique : présence de gonocoques. Utérus en position normale, mobile. Pas de lésions annexielles importantes. 5 cautérisations au Néofilhos : le 27 mars, le 3 avril, les 12 et 26 avril, le 8 mai. L'examen microscopique du mucus de la cavité cervicale ne révèle plus de gonocoques. Sort du service le 22 mai. Revue le 3 et le 17 juin, le 3 juillet, le 3 août. La guérison persiste. Bon état général. Augmentation de poids de 3 kilogr.

Obs. 20 (Métrite chronique gonococcique
Guérison depuis 3 mois.)

M... Lucie, 26 ans. Nullipare. Mariée depuis un an vient à la consultation du service en avril 1919 surtout à cause d'une pesanteur continue dans le bas-ventre. Leucorrhée inaperçue de la malade. Gros col non ulcéré dont l'orifice laisse échapper une grosse glaire muco-purulente jaune verdâtre, très épaisse, très caractéristique. L'examen microscopique révèle la présence de gonocoques très nombreux. 5 cautérisations au Néofilhos en avril et mai, la 5e cautérisation le 5 juin. Avant cette dernière cautérisation l'examen microscopique du mucus de la cavité cervicale ne révèle plus de gonocoques. Revue le 17 juin, le 10 juillet, le 9 août, le 4 septembre. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice arrondi, régulier, très perméable : l'hytéromètre passe très facilement.

Obs. 21 (Métrite chronique blennorrhagique datant d'un an. Guérison depuis 3 mois. Augmentation de poids de 3 kilogr.).

Br... Marie, 21 ans. Nullipare pas de fausse couche. Depuis un an pertes blanches épaisses, très abondantes. Grande lassitude générale depuis 2 mois. Vient à la consultation du service en juillet 1919. 4 cautérisations au néofilhos en juillet. Revue le 19 et le 30 août, le 9 septembre, le 6 novembre.

La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice arrondi, très perméable. L'hystéromètre passe facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 3 kilogr.).

Obs. 22 (Métrite chronique blennorrhagique. Guérison depuis 3 mois. Augmentation de poids de 5 kilogr.)

D... Fernande, 22 ans. Nullipare. Fausse couche il y a 2 ans. Vient à la consultation en novembre 1919. Métrite cervicale chronique blennorrhagique. 5 cautérisations au Néofilhos en novembre et décembre. Guérison le 3 janvier 1920. Revue le 10 janvier, le 7 février, le 6 mars, le 3 avril. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 3 kilogr.

Obs. 23 (Métrite chronique blennorrhagique datant d'un an Guérison depuis 4 mois

B... Marcelle, 20 ans. Nullipare. Il y a un an blennorrhagie aiguë suivie d'accidents spécifiques pour lesquelles elle est en traitement à l'hôpital Broca. Envoyée à la consultation du service en novembre 1919. 4 cautérisations au Néofilhos en novembre et décembre 1919. Guérison le 30 décembre. Revue le 6 janvier, le 31 janvier, le 21 février, le 20 mars, le 24 avril 1920. La guérison persiste. Aspect presque normal du col un peu diminué de volume. Orifice perméable. Meilleur état général.

Obs. 24 (Métrite chronique début post-partum datant de 8 ans. Guérison depuis 3 mois. Augmentation de poids de 3 kilogr.).

Ch. Jeanne, 34 ans. Accouchement normal en 1911. Début apparent de la métrite un an après l'accouchement. Vient à la consultation du service en novembre 1919. 4 cautérisations au Néofilhos le 8 et 18 novembre, le 2 et le 11 décembre. Guérison le 25 décembre. Revue le 3 janvier 1920, le 17 janvier, le 3 et le 19 février, le 2 mars et le 4 avril. La guérison persiste. Etat normal du col sauf déchirure verticale de la

lèvre inférieure existant avant le traitement. Bon état général. Augmentation de poids de 3 kilogr.

Obs. 25 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 3 ans. Guérison depuis 3 mois. Augmentation de poids de 4 kilogr.).

C... Jeanne, 30 ans. Nullipare. Début apparent de la métrite il y a 3 ans sans accidents aigus de contagion blennorrhagique. Vient à la consultation en novembre 1919. 7 cautérisations au Néofilhos les 8, 15 et 25 novembre, les 6 et 18 décembre, le 6 janvier 1920. Guérison le 27 janvier. Revue le 5 et 24 février, le 16 mars, le 15 avril. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice perméable. L'hystéromètre, une bougie, 3, 4, 5 passent facilement. Utérus retroversé. Bon état général. Augmentation de poids de 4 kilogr.

Obs. 26 (Métrite chronique datant de 3 ans Guérison depuis 4 mois. Augmentation de poids de 5 kilogr.)

H... Francine, 38 ans. Accouchement en 1903 normal. Suites de couches normales. Début apparent de la métrite il y a 3 ans. Pertes blanches abondantes et persistantes. Malgré divers traitements (injections vaginales, pansements, cautérisations au formol) Vient à la consultation en octobre 1919. 4 cautérisations au Néofilhos en octobre et novembre. Guérison le 26 novembre. Revue le 15 et le 23 décembre, le 10 et le 24 février, le 21 février, le 23 mars. La guérison persiste. Col d'aspect normal. Orifice ovalaire très perméable. L'hystéromètre, une bougie, 3 et 4 passent facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 5 kilogr.

Obs. 27 (Métrite chronique forme mixte datant de 18 mois. Guérison depuis 3 mois. Augmentation de poids de 4 kilogr.)

B. Georgette, 22 ans. Accouchement normal en 1916. Suites de couches normales. Fausse couche en 1917. Début apparent de la métrite il y a 18 mois. Pertes blanches jaunâtres ayant persisté. Vient à la consultation en août 1919.

Métrite chronique forme mixte. Pas de lésions annexielles. Col un peu gros. Orifice linéaire dont les deux lèvres sont éversées. Ectropion constitué par une muqueuse rouge vif d'aspect tomenteux. 4 cautérisations au néofilhos en août. Guérison le 10 octobre. Très bel aspect du col dont la muqueuse a repris une coloration normale. Un peu de rétraction cicatricielle au pourtour de l'orifice qui est un peu ridé mais très perméable. Revue le 24 octobre, le 6 et le 20 novembre, le 18 décembre. L'orifice dont le pourtour s'est assoupli est très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 4 kilogr.

Obs. 28 (Métrite chronique blennorragique datant de 8 ans. Guérison depuis 3 mois. Augmentation de poids de 3 kilogr.)

M. Marie, 26 ans. Mariée en 1911. Début apparent de la métrite quelques mois après son mariage. Pertes blanches glaireuses abondantes ayant persisté. Accouchement en octobre 1916 normal Suite de couches normales. Vient à la consultation en janvier 1919. 7 cautérisations au néofilhos en janvier, février et mars. Revue le 3 et le 19 avril, le 15 mai, le 12 juillet. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice linéaire très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Etat général très amélioré. Augmentation de poids de 3 kilogr.

Obs. 29 (Métrite chronique blennorragique. Guérison constatée depuis 2 mois. Réinfection aiguë 3 mois après la fin du traitement.)

A. Adèle, 33 ans. En 1909 fausse couche de 2 mois 1/2, suites normales. En 1918 signes de vulvovaginite blennorragique. Traitée pendant 7 mois pour métrite. Bartholinite il y a 3 mois. Vient à la consultation du service en mars 1919. 3 cautérisations au néofilhos en mars et avril. Guérison le 24 avril. Revue le 3 et le 13 mai, le 8 juillet. La guérison persiste. Aucune leucorrhée. Aspect normal du col un peu réduit de volume. Orifice arrondi très perméable. Le 9 août

revient pour des signes de vulvovaginite aiguë. Rougeur de la vulve et du vagin. Sécrétion glaireuse mucopurulente à l'orifice du col.

Obs. 30 (Métrite chronique datant de plusieurs années. Guérison depuis 4 mois. Augmentation de poids de 3 kilogr.)

L. Mélanie, 41 ans. Nullipare. Fausse couche de 6 mois il y a 24 ans. Vient à la consultation du service en novembre 1918. Métrite chronique catarrhale Utérus rétroversé. Salpingite double. Le traitement ne peut être commencé en raison de l'état des annexes. Repos absolu au lit pendant 2 mois. Le traitement est commencé en février 1919 : 7 cautérisations au néofilhos en février et mars. Guérison en avril. Revue le 12 juin, le 9 août. La guérison persiste. Col un peu volumineux, d'aspect normal. Orifice perméable un peu ridé à son pourtour. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Les lésions annexielles anciennes sont très améliorées. Masses annexielles peu volumineuses non sensibles, très mobiles. Bon état général. Augmentation de poids de 3 kilogr.

Obs. 31 (Métrite chronique. Début *post partum* datant de 2 ans. Guérison depuis 4 mois. Augmentation de poids de 5 kilogr.)

M. Berthe, 31 ans. Multipare. 3 accouchements normaux en 1907, 1908, 1909. 4e accouchement en 1917. Environ 4 mois après, début de la métrite. Leucorrhée abondante. Lassitude générale. Vient à la consultation en mai 1919 : 4 cautérisations au néofilhos en mai et juin. Guérison le 19 juin. Revue le 10 et le 29 juillet, le 12 et 26 août, le 9 septembre, le 6 novembre. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice linéaire très perméable. Bon état général Augmentation de poids de 5 kilogr.

Obs. 32 (Métrite chronique blennorragique datant de 2 ans. Guérison depuis 4 mois.)

R. Simone, 24 ans. Nullipare. Pas de fausse couche. Début

apparent de la métrite il y a 2 ans. Traitée il y a 1 an pour cystite et pour métrite chronique. Ni douleurs, ni troubles menstruels. Bon état général. Vient à la consultation en juillet 1919. Col conique volumineux. Orifice béant d'où s'échappe une glaire muco-purulente, jaunâtre, caractéristique. Cependant l'examen microscopique ne révèle pas de gonocoques. 8 cautérisations en juillet et août Guérison le 30 août. Revue le 9 et 30 septembre, le 18 novembre, le 11 décembre. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice arrondi très perméable, une bougie 3, 4 et 5 passe très facilement. Augmentation de poids de 3 kilogr.

Obs. 33 (Métrite chronique blennorragique datant de 5 ans. Guérison depuis 5 mois. Augmentation de poids de 3 kilogr.)

M. Suzanne, 33 ans. En 1914 blennorragie aiguë compliquée de métro-salpingo-péritonite aiguë. Repos absolu au lit pendant 4 mois. En octobre 1914 la crise aiguë passée, opérée pour ablation des annexes droites. Traitée depuis 5 ans pour métrite chronique et pour cystite. Entre dans le service salle Bichat, le 17 mai 1919: 3 cautérisations au néofilhos en mai. Guérison le 24 juin. Revue le 17 juillet, le 29 juillet, le 21 août, le 6 octobre, le 18 novembre. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice arrondi un peu rétréci, mais la cavité cervicale est très perméable. L'hystéromètre, une bougie 2, 3 et 4 passent facilement. Utérus antéversé, très mobile, pas de lésions annexielles. Bon état général. Augmentation de poids de 3 kilogr.

Obs. 34 (Métrite chronique début *post partum* datant de 7 ans. Guérison depuis 4 mois. Augmentation de poids de 4 kilogr.).

G. Rosine, 30 ans. 1er accouchement en 1910; 2e accouchement en 1912 normal. Suites de couches normales. Début apparent de la métrite 3 mois après. Douleurs dans le bas ventre. Leucorrhée épaisse et grisâtre. Traitée à diverses reprises pour métrite et salpingite. Vient à la consultation en juillet 1919: 4 cautérisations au néofilhos. Guérison le

2 août. Revue le 9 et 23 août le 16 décembre. La guérison persiste. Col normal. Orifice linéaire ovalaire. Une bougie 2 et 3 passe très facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 4 kilogr.

Obs. 35 (Métrite chronique blennorragique ancienne. Guérison depuis 4 mois. Augmentation de poids de 4 kilogr.).

G. Suzanne, 42 ans. Nullipare. Pas de fausse couche. Vient à la consultation du service en juillet 1919. Gros col de métrite chronique, tuméfié, violacé, sans ulcération. Utérus retrodévié. 5 cautérisations au Néofilhos. Guérison le 18 août. Revue le 27 août, le 9 septembre, le 7 octobre, le 4 novembre, le 6 décembre. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice arrondi, très perméable. Une bougie 3, 4 et 5 passe très facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 4 kilogr.

Obs. 36 (Métrite chronique blennorragique datant d'un an. Guérison depuis 4 mois).

R. Emilienne, 22 ans. Nullipare, pas de fausse couche. Début apparent de la métrite il y a un an. Vient à la consultation du service le 22 mai 1919 : 3 cautérisations au néofilhos en mai et juin. Guérison le 8 juillet. Revue le 17 juillet, le 31 juillet, le 9 août, le 6 septembre, le 6 novembre. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice arrondi très perméable. Une bougie 3, 4, 5 passe facilement. Bon état général.

Obs. 37 (Métrite blennorragique récente datant de 4 mois. Localisée à l'orifice du col. Guérison depuis 2 mois).

M. Geneviève, 18 ans. Nullipare, pas de fausse couche. En janvier 1919 blennorragie aiguë. Vient à la consultation le 22 mai 1919. Col conique de volume normal. Orifice béant avec une goutte muco-purulente caractéristique : 2 cautérisations au néofilhos. Cautérisations légères à l'entrée de la cavité cervicale le 22 et le 31 mai. Revue le 10 et

24 juin, le 26 juillet. La guérison persiste. Le col a un aspect parfaitement normal.

Obs. 38 (Métrite blennorragique récente. Guérison depuis 3 mois).

L. Irène, 20 ans. Nullipare, pas de fausse couche. Venue à la consultation le 24 mai Début apparent de la métrite il y a 6 mois. Vient à la consultation en mai 1919. Col de volume normal. Orifice béant avec glaire muco-purulente caractéristique : 2 cautérisations au néofilhos le 24 mai et le 3 juin. Dès la première cautérisation le crayon pénètre entièrement. Revue le 12 et 19 juin, le 10 juillet, le 7 août, le 6 septembre. La guérison persiste. Aspect parfaitement normal du col.

Obs. 39 (Métrite blennorragique récente. Guérison depuis 3 mois).

Ch. Alberte, 23 ans. Nullipare, pas de fausse couche. Vient à la consultation le 24 mai. Début apparent il y a 2 mois. Petit col. Orifice avec pourtour rougeâtre tuméfié d'où s'échappe une glaire muqueuse grisâtre. 2 cautérisations au néofilhos le 24 et 31 mai. Revue le 14 juin. Guérison. Revue le 8 juillet, le 2 août, le 30 août, le 4 octobre. La guérison persiste. Etat parfaitement normal du col.

Obs. 40 (Métrite chronique blennorragique datant de 4 ans. Guérison depuis 5 mois. Augmentation de poids de 3 kilogr.).

C. Marguerite, 39 ans. Accouchement en 1906, normal. Suites de couches normales. Début apparent de la métrite il y a 4 ans. Leucorrhée abondante. Lassitude générale. Depuis un an pesanteur continue dans le bas ventre. Vient à la consultation en janvier 1919 : 3 cautérisations au néofilhos en janvier. Guérison en février. Revue le 5 juin. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice linéaire, ovalaire, très perméable. Meilleur état général. Augmentation de poids de 3 kilogr.

Obs. 41 (Métrite chronique, début *post partum* datant de 5 ans. Guérison depuis 4 mois).

F. Claudine. Multipare. 1er accouchement en 1911. 2e accouchement en 1914. Un mois après début de la métrite. Douleurs dans le bas ventre. Lassitude générale. Leucorrhée persistante depuis 5 ans. Vient à la consultation en juin 1919. Gros col, orifice béant avec érosion des 2 lèvres du col. Sécrétion muco-purulente grisâtre abondante. 4 cautérisations au néofilhos en juillet. Guérison le 9 août. Revue le 23 août, le 9 octobre, le 4 décembre. La guérison persiste. Col un peu volumineux d'aspect normal. Orifice arrondi, très perméable. Une bougie 3, 4, 5 passe très facilement. Bon état général.

Obs. 42 (Métrite chronique, début *post partum* datant de 5 ans. Guérison depuis 5 mois. Augmentation de poids de 8 kilogr,).

F. Marthe, 30 ans. Multipare. 1er accouchement en 1912. 2e accouchement en 1914. Début apparent de la métrite 3 mois après le 2e accouchement. Vient à la consultation en octobre 1919. 3 cautérisations en octobre. Guérison le 10 novembre. Revue le 20 novembre, le 6 décembre, le 3 janvier, le 25 mars. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Très bon état général. Augmentation de poids de 8 kilogr.

Obs. 43 (Métrite chronique blennorragique. Guérison depuis 4 mois).

M. Gabrielle, 28 ans. Multipare. Vient à la consultation le 8 novembre 1919. Métrite cervicale chronique blennorragique. 2 cautérisations en novembre. Guérison le 18 décembre. Revue le 27 décembre, le 31 janvier, le 28 février, le 27 mars, le 6 mai. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent très facilement. Bon état général.

Obs. 44 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 2 ans. Guérison depuis 4 mois. Augmentation de poids de 5 kilogr.).

V..., Marie, 25 ans : nullipare, pas de fausse couche. Mariée en janvier 1917. Début de la métrite environ 5 à 6 mois après son mariage. Douleurs dans le bas ventre.

Troubles menstruels. Leucorrhée abondante persistant depuis 2 ans. Depuis un an mauvais état général. Vient à la consultation en juin 1919. 6 cautérisations : en juillet et août. Guérison le 6 septembre. Revue le 4 octobre, le 8 novembre, le 6 décembre, le 3 janvier 1920. La guérison persiste. Col un peu diminué de volume. Orifice arrondi un peu ridé à son pourtour mais très perméable.

L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Bon été général. Augmentation de poids de 5 kilogs.

Obs. 45 (Métrite chronique blenorragique. Guérison depuis 5 mois. Augmentation de poids de 4 kilog.).

L..., Suzanne, 27 ans. Nullipare, pas de fausse couche. Entre dans le service le 14 juin pour une ménorragie abondante. Après quelques jours de repos au lit, l'hémorragie cesse complètement. Métrite cervicale chronique blennorrhagique. 4 cautérisations au Néofilhos en juillet 1919. Guérison le 6 août. Revue les 18 et 30 août, le 8 octobre, le 4 novembre, le 6 janvier 1920. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice arrondi très perméable. Bon état général. Augmentation de poids de 4 kilogr.

Obs. 46 (Métrite chronique début *post-partum* datant de 12 ans. Guérison depuis 5 mois. Augmentation de poids de 6 kilogr.).

S..., Augustine 38 ans. Multipare, 3 accouchements normaux en 1903, 1904, 1906. Suites de couches normales. En 1907 accouchement prématuré à 8 mois. Suites de couches pathologiques. Métrite aiguë compliquée de salpingite double. Repos au lit pendant 9 mois. Leucorrhée abondante per-

sistant depuis 12 ans. Troubles menstruels depuis plusieurs années. Très mauvais état général. Vient à la consultation en juillet 1919, 5 cautérisation au Néofilhos en juillet et août. Guérison le 26 août. Revue le 6 septembre, le 7 octobre, le 3 février 1920. La guérison persiste. Aucune leucorrhée. Règles redevenues normales et régulières. Col un peu volumineux mais l'aspect est normal. Orifice linéaire ovalaire très perméable. L'hystéromètre passe très facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 6 kilogr.).

Obs. 47. — (Métrite chronique début *post-partum* datant de 5 ans, guérison depuis 5 mois augmentation de poids de 4 kilogr.).

P..., Jeanne, 35 ans. Accouchement en 1914, très difficile, suites de couches pathologiques. Repos absolu au lit pendant 6 semaines. Depuis 5 ans, crises douloureuses dans le bas ventre, pertes blanches abondantes et persistantes. Vient à à la consultation en juillet 1919 Utérus rétroversé. Gros col. Orifice béant avec ectropsion. 3 cautérisations au Néofilhos en juillet. Revue le 5 août, le 23 août, le 16 décembre, le 12 février 1920. La guérison persiste. Utérus rétroversé. Col un peu volumineux d'aspect normal. Orifice linéaire ovalaire très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 4 kilogr.

Obs. 48 (Métrite chronique datant de 10 ans. Guérison depuis 5 mois. Augmentation de poids de 3 kilogr.).

T..., Marie, 41 ans. Multipare, 7 enfants. Début apparent de la métrite il y a 10 ans environ. Traité à diverses reprises pour métrite chronique. Vient à la consultation du service en juillet 1919. 4 cautérisations en juillet. Guérison en octobre. Revue le 7 octobre, le 11 novembre, le 8 janvier 1920. La guérison persiste. Col peu volumineux d'aspect normal. Orifice linéaire, ovalaire, très souple, très perméable. l'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 3 kilogr.

Obs. 49 (Cervicite chronique très ancienne persistant après hystérectomie subtotale. Guérison par 3 cautérisations).

L..., Henriette. Multipare, 5 accouchements normaux. Début apparent de la métrite environ 4 mois après le cinquième accouchement. Traitée à diverses reprises pour métrite chronique. Opérée le 19 décembre, pavillon Gosselin, à Saint-Antoine. Hystérectomie subtotale. Dans les mois suivants la leucorrhée persiste aussi abondante. A l'examen gros col à pourtour rougeâtre recouvert d'une glaire mucopurulente très abondante. 3 cautérisations le 17 et le 24 avril, le 6 mai. Revue le 15 mai, disparition de toute sécrétion glaireuse. Attouchement à la teinture d'iode. Revue le 29 mai le 12 juin, le 10 juillet. La guérison persiste. Etat général meilleur. Augmentation de poids de 2 kilogr.

Obs. 50 (Métrite chronique début *post-partum* datant de 16 ans. Hystérectomie subtotale. Persistance de la métrite du moignon cervical. Guérison par 3 cautérisations.)

F..., Valentine, 42 ans. Il y a 20 ans. 1er accouchement très difficile, au 12e jour après l'accouchement crise douloureuse aiguë ayant nécessité le repos au lit pendant 15 jours. Traitée depuis pour métrite chronique à diverses reprises.

En janvier 1919, opérée à l'hôpital Saint-Antoine pavillon Gosselin : hystérectomie subtotale. En mars 1919 vient à la consultation du service, la leucorrhée persistant très abondante : 3 cautérisations au Néofilhos le 6, le 27 mars et le 5 avril. Revue le 17 avril, le 3, le 15 mai. Aucune leucorrhée. Orifice punctiforme du moignon du col.

Obs. 51 (Cervicite chronique persistant après hystérectomie subtotale. Guérison par 2 cautérisations).

K..., Marie, 44 ans, 2 accouchements normaux en 1901 et 1904. Opérée le 18 février 1919, pavillon Gosselin à Saint-Antoine pour fibrome. Hystérectomie subtotale.

Vient à la consultation en mai. Persistance d'une leucorrhée

glaireuse, grisâtre, très abondante. Gros col avec ulcération de la lèvre supérieure. En mai 2 cautérisations par le Néofilhos. Revue le 7 juin. Cicatrisation presque complète du moignon cervical. Aucune sécrétion muco-purulente. Revue en août. Col effacé. Aucune leucorrhée.

Obs. 52 (Métrite chronique, début *post partum* datant de 3 ans. Ménorragies très abondantes depuis un an. Guérison depuis 4 mois. Augmentation de poids de 20 kilog.).

C..., Gabrielle 34 ans. Multipare. 1er accouchement normal en 1904, suites de couches normales. 2e accouchement normal. en 1915, suite de couches normales. Début apparent des pertes blanches il y a 3 ans. Depuis janvier 1918 troubles menstruels, règles plus fréquentes, tous les 20 jours, durant de 10 à 15 jours. Vient à la consultation en décembre 1918 pour ménorragies. Pendant 3 semaines repos, lavements d'Hamamélis, puis traitée pour métrite chronique : 5 cautérisations au Néofilhos en janvier et février 1919. Revue en mars, le 29 avril. La guérison persiste. Gros col d'aspect normal, orifice linéaire, ovalaire très perméable, l'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Depuis 3 mois les règles sont redevenues régulières et ne durent que 6 à 7 jours. L'état général est très amélioré. La malade qui avait été très anémiée par des hémorragies abondantes durant depuis un an pesait en octobre 1918 50 kilogr. ; à la fin d'avril elle pèse 70 kilogr. Revue le 7 juin 1919 la guérison persiste. Etat normal du col. Bon état général.

Obs. 53 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 6 ans. Guérison depuis 4 mois. Augmentation de poids de 5 kilogr.).

J. Anna, 24 ans. Multipare. En 1913, blennorrhagie aiguë. En avril 1915, accouchement prématuré à 7 mois. Suites de couches normales. En janvier 1918, 2e accouchement normal. Suites de couches normales. En septembre 1918, fausse couche de 3 mois 1/2. Dans les semaines qui suivent les pertes blanches persistantes depuis plusieurs

années sont encore plus abondantes. Ni douleur ni troubles menstruels. Vient à la consultation en janvier 1919. 4 cautérisations au Néofilhos en janvier et février. Guérison le 15 mars. Revue le 17 avril, le 13 mai, le 7 juin, le 8 juillet. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice arrondi, très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3-4-5 passent très facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 4 kilogr.

Obs. 54 (Métrite chronique blennorrhagique début *post-partum*. Guérison depuis 4 mois).

Ch. Yvonne, 22 ans. Nullipare. Fausse couche de 2 mois. Cinq jours après, leucorrhée abondante très épaisse. Traitée à diverses reprises pour métrite (injections, pansements, cautérisations?) Vient à la consultation en avril 1919. Utérus rétroversé. Col de métrite blennorrhagique. Grosse glaire mucopurulente jaune verdâtre. Pas de gonocoques à l'examen microscopique. 7 cautérisations au Néofilhos en avril, mai, juin. Revue le 7 et 31 juillet, le 23 août, le 15 novembre. La guérison persiste définitive. Aspect normal du col. Orifice arrondi très perméable.

Obs. 55 (Métrite chronique. Guérison depuis 5 mois. Augmentation de poids de 7 kilogr.).

S. Paulette, 29 ans. Nullipare. Pas de fausse couche. Vient à la consultation en juin 1919 surtout pour une grande lassitude générale et une pesanteur continue du bas-ventre. Utérus antéfléchi. Brides annexielles à gauche. Col peu volumineux dont l'orifice entr'ouvert laisse échapper une goutte glaireuse grisâtre. 3 cautérisations en juin. Guérison en juillet. Revue le 2 août, le 30 août, le 20 septembre, le 25 novembre. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 7 kilogr.

Obs. 56 (Métrite chronique début *post partum* datant d'un an. Guérison depuis cinq mois. Augmentation de poids de 6 kilogr.).

F. Germaine, 23 ans. Accouchement en mars 1918 très

difficile, très long, application de forceps. 12 jours après l'accouchement, par suite de l'avance de l'ennemi dans la Somme, la malade doit se déplacer et voyager jusqu'à Paris. Début apparent de la métrite trois mois après l'accouchement. Douleurs fréquentes dans le bas-ventre. Leucorrhée abondante, amaigrissement de plusieurs kilogr. Vient à la consultation à la fin de juin. 3 cautérisations au Néofilhos en juillet. Guérison le 2 août. Revue les 12 et 26 août, le 7 octobre, le 6 novembre, le 6 janvier 1920. La guérison persiste. Utérus rétroversé. Aspect normal du col. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Très bon état général. Augmentation de poids de 6 kilogr.

Obs. 57 (Métrite chronique blennorrhagique datant d'un an. Guérison depuis 4 mois).

G. Germaine, 31 ans. Fausse-couche en 1913. Accouchement normal en 1914. Suites de couches normales. Vient à la consultation en juillet 1919. Métrite chronique blennorrhagique dont le début semble remonter à un an. Leucorrhée très abondante. Grande lassitude générale. Amaigrissement de 6 kilogr. en 6 mois. Troubles menstruels depuis un an. Règles très abondantes, durant de 8 à 10 jours survenant tous les 20 jours. Utérus mobile. Gros col, orifice béant. Sécrétion glaireuse très abondante. 4 cautérisations au Néofilhos en juillet et août. Guérison le 6 septembre. Revue le 6 novembre, le 4 décembre, le 8 janvier. La guérison persiste. Bon état général.

Obs. 58 (Métrite chronique blennorrhagique datant d'un an. Guérison depuis 4 mois. Augmentation de poids de 5 kilogr.).

B. Renée, 21 ans. Mariée en 1916. Accouchement normal en février 1918. Suites de couches normales. Début apparent de la métrite en novembre 1918. Leucorrhée jaunâtre très abondante. Apparition de végétations à la région vulvaire. Vient à la consultation fin juin 1919. 4 cautérisations au Néofilhos la 4e cautérisation le 17 juillet. Revue le 29 juillet,

le 5 août, le 19 août, le 9 septembre, le 6 novembre, le 9 décembre. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice perméable. L'hystéromètre, une bougie 4 et 5 passent facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 5 kilogr.

Obs. 59 (Métrite chronique blennorrhagique. Guérison depuis 4 mois augmentation de poids de 3 kilogr.).

B. Suzanne, 21 ans. Nullipare. Vient à la consultation en juillet 1919. Métrite cervicale chronique et cystite chronique. Traitée depuis 2 mois sans amélioration à la consultation de l'hôpital Broca. 3 cautérisations en août. Guérison le 6 septembre. Revue le 7 octobre, le 11 novembre, le 25 novembre, le 9 décembre. La guérison persiste Aspect presque normal du col. Orifice un peu ridé à son pourtour mais très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 3 kilogr. Persistance de l'urétrite chronique. Envoyée à la consultation de l'hôpital Necker.

Obs. 60 (Métrite chronique blennorrhagique datant d'un an. Guérison depuis 3 mois).

D. Marie-Louise, 28 ans. Multipare. En 1913, 1er accouchement normal. Suites de couches normales. En 1914, 2e accouchement normal. Suites de couches normales. En avril 1918 arrive des régions envahies. Quelques jours après la fin de la permission de son mari, blennorrhagie aiguë. Pertes blanches abondantes persistant depuis un an. Le 11 février 1919 entre dans le service salle Bichat pour une métrorragie durant depuis 12 jours. Au repos pendant trois semaines puis traitée pour métrite chronique catarrhale. 4 cautérisations au Néofilhos la 4e le 10 avril. Revue le 24 avril, le 27 mai, le 22 juillet. La guérison persiste. Col attiré un peu à gauche par des brides annexielles. Orifice perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Amélioration de l'état général.

Obs. 61 (Métrite chronique blennorrhagique datant d'un an. Guérison depuis cinq mois. Augmentation de poids de 4 kilogr.).

L. Elise, 38 ans. Nullipare. Pas de fausse couche. Début apparent de la métrite il y a un an. Leucorrhée épaisse abondante et persistante. Lassitude générale. Vient à la consultation en mai 1919. 3 cautérisations au Néofilhos en mai et juin. Guérison le 8 juillet. Revue le 22 juillet, le 5 août, le 4 septembre, le 6 novembre, le 27 décembre. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice circulaire très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 4 kilogr.

Obs. 62 (Métrite chronique très ancienne. Guérison depuis 4 mois. Augmentation de poids de 4 kilogr.).

B. Jeanne, 44 ans. Multipare. 1er accouchement il y a 20 ans, normal. Suites de couches normales. 2e accouchement il y a 19 ans, normal. Suites de couches normales. Les années suivantes, 9 fausses couches de six semaines à deux mois. La malade qui est danseuse continue son métier sans interruption. Depuis deux ans surtout douleurs dans le bas-ventre. Leucorrhée plus ou moins abondante. Depuis quelques mois troubles menstruels. Règles irrégulières, plus abondantes et prolongées. Le 4 mai 1919 entre dans un service de chirurgie de Saint-Antoine, pour une hémorragie durant depuis 3 semaines. Au repos l'hémorragie cesse, la malade est envoyée à la consultation du service. Très gros col de métrite chronique, largement entr'ouvert. 4 cautérisations au Néofilhos en mars et avril. Revue le 6 mai. Guérison. Revue le 24 mai, le 14 juin, le 10 juillet, le 5 août. La guérison persiste. Utérus mobile. Col rose. Orifice linéaire, ovalaire, très perméable. Une bougie, 3, 4 et 5 passe très facilemeni. Règles normales durant seulement 4 jours. Très bon état général. Augmentation de poids de 4 kilogr.

Obs. 63 (Métrite blennorrhagique. Guérison depuis 4 mois Augmentation de poids de 6 kilogr.)

L... Marguerite, 21 ans. Nullipare, pas de fausse couche.

Début apparent de la métrite en mars 1918. Vient à la consultation en juin 1918. Métrite blennorrhagique, salpingite gauche. Repos au lit pendant 4 mois. Début du traitement en octobre, 7 cautérisations au Néofilhos. Revue le 22 mai 1919. La guérison persiste. Le col a un aspect normal. Orifice circulaire perméable, l'hystéromètre une bougie 3 et 4 passent très facilement. Très bon état général. A repris ses occupations comme comptable. Augmentation de poids de 6 kilogr.

Obs. 64 (Métrite chronique, début *post partum*. Guérison depuis 5 mois. Augmentation de poids de 6 kilogr.)

C... Marguerite, 30 ans. Accouchement en février 1917. Début de la métrite dans les mois qui suivent. Vient à la consultation en juin 1919, 5 cautérisations au Néofilhos en juillet et août. Guérison, le 23 août. Revue le 30 août, le 9 septembre, le 15 novembre, le 6 janvier, le 2 mars 1920. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice ovalaire très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 et 4 passent facilement. Utérus rétroversé. Très bon état général. Augmentation de poids de 6 kilogr.

Obs. 65. (Métrite chronique blennorrhagique. Guérison depuis 5 mois augmentation de poids de 5 kgr.)

B... Berthe, 29 ans. Nullipare. Pas de fausse couche. Vient à la consultation du service en juillet 1919 pour une ménorragie durant depuis 15 jours. Entre dans le service salle Bichat. Repos au lit, l'hémorragie s'arrête complètement et définitivement. A l'examen on constate une grosse leucorrhée mucopurulente jaunâtre très caractéristique à l'orifice du col et dans la cavité cervicale, 5 cautérisations au Néofilhos en août et septembre. Guérison le 6 octobre. Revue le 20 octobre, le 31 octobre, le 27 novembre, le 25 décembre, le 24 janvier. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice perméable, l'hystéromètre une bougie 3 et 4 passent très facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 5 kilogr.

Obs. 66 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 6 ans. Guérison depuis 5 mois. Augmentation de poids de 5 kilogr).

G... Blanche, 31 ans, 3 fausses couches de 6 mois, 7 mois, 7 mois 1/2. Leucorrhée abondante persistant depuis 6 ans. Entre dans le service en septembre 1919, salle Bichat. Utérus en position normale. Rien d'anormal aux annexes. Gros col. Orifice béant avec ectropion, 5 cautérisations au Néofilhos en octobre et novembre. Revue le 13 décembre, le 3 janvier, le 3 février, le 6 avril 1920. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice normal très perméable. L'hystéromètre une bougie 3 et 4 passent très facilement. Très bon état général. Augmentation de poids de 5 kilogr.

Obs. 67 (Métrite chronique blennorragique début *post partum* datant de 6 ans. Guérison depuis 5 mois. Augmentation de poids de 6 kilogr.

C... Augustine, 32 ans. Mariée en 1912. Accouchement normal en 1915, un mois après, pertes blanches très abondantes et persistantes. Entre dans le service en juillet 1919. Gros utérus en position normale, très gros col congestionné, violacé, orifice béant avec ectropion, sécrétion purulente jaunâtre, très épaisse, très abondante, 9 cautérisations au Néofilhos en juillet et août. Après guérison sort le 8 septembre. Revue le 8 et 23 octobre, le 6 novembre, le 4 décembre, le 1er février. La guérison persiste. Aucune leucorrhée glaireuse. Col un peu volumineux, orifice linéaire devenu ovalaire, très perméable. L'hystéromètre une bougie 3 et 4 passent facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 6 kilogr.

Obs. 68 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 2 ans. Guérison depuis 4 mois. Augmentation de poids de 4 kilogr.).

L... Marcelle 23 ans. Nullipare, pas de fausse couche. En juin 1917, sans avoir été précédé de signes aigus de blennorrhagie, début apparent de la métrite. Douleurs dans le bas

ventre, leucorrhée jaunâtre abondante et persistante. Entre dans le service en juin 1919 pour métrite chronique et salpingite gauche. Opérée en septembre, salpingectomie. En octobre et novembre, 5 cautérisations au Néofilhos. Guérison le 17 décembre. Revue le 6 et 27 janvier, le 24 février, le 23 mars, le 20 avril. La guérison persiste. Etat normal du col très légèrement diminué de volume, mais aucune rétraction cicatricielle. Orifice très perméable. L'hystéromètre une bougie 3 et 4 passent facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 4 kilogr.

Obs. 69 (Métrite chronique, début *post partum* datant de 8 ans, guérison depuis 3 mois. Augmentation de poids de 2 kilogr.)

C... Augustine, 30 ans. Accouchement normal en 1911. Début apparent de la métrite environ 4 mois après l'accouchement. Traitée à diverses reprises depuis 5 ans pour métrite chronique. Vient à la consultation en novembre 1919, 5 cautérisations au Néofilhos en novembre et décembre. Guérison le 6 janvier. Revue le 20 janvier, le 5 février, le 4 mars, le 3 avril 1920. La guérison persiste. Etat normal du col. Orifice perméable. Bon état général. Augmentation de poids de 2 kilogr.

Obs. 70 (Métrite chronique début *post partum* datant de 10 ans, 1er traitement 7 cautérisations, reprise du traitement par une autre série de 4 cautérisations. Guérison depuis 5 mois).

M... Louise, 33 ans. Accouchement normal il y a dix ans. Début apparent de la métrite dans les mois qui suivent. Traitée pour métrite chronique à deux reprises sans résultat durable. Vient à la consultation en décembre 1918, 7 cautérisations en décembre et janvier. La guérison semblait assurée malgré la persistance par intermittences d'une goutte de mucopus. La persistance d'un peu de sécrétion glaireuse laissant supposer que la muqueuse n'a pas eté atteinte dans la région la plus profonde de la cavité cervicale, on reprend le traitement 4 cautérisations au Néofilhos en avril. Revue le

10 mai, une petite pince à pansement introduite très haut dans la cavité cervicale ne retire plus la moindre goutte de mucus la cavité cervicale est absolument asséchée. Revue le 24 mai, le 12 juin, le 10 juillet, le 11 septembre, la guérison persiste. Col un peu diminué de volume, rétraction cicatricielle autour de l'orifice qui est un peu ridé et irrégulier mais très perméable, l'hystéromètre une bougie 3 et 4 passent très facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 3 kilogr.

Obs. 71 (Métrite chronique début *post partum* datant de 7 ans. Guérison depuis 5 mois. Augmentation de poids de 3 kilos).

B... Georgette, 36 ans. Multipare. 1er accouchement en 1906, 2e accouchement en 1912. Début de la métrite 6 mois environ après le 2e accouchement. Traitée à diverses reprises pour métrite chronique. Vient à la consultation en juillet 1919. 3 cautérisations au Néofilhos en juillet. Guérison le 10 juillet. Revue le 24 juillet, le 19 août, le 13 décembre, le 21 février, la guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice perméable. L'hystéromètre, une bougie, 3 et 4 passent facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 3 kilos.

Obs. 72 (Métrite chronique blennorrhagique. Guérison depuis 5 mois. Augmentation de poids de 7 kilos).

L... Georgette, 24 ans. Nullipare. Fausse couche en 1914. Vient à la consultation en juillet 1919. Métrite cervicale chronique blennorragique. 9 cautérisations en juillet et août. Guérison le 4 septembre. Revue le 7 octobre, le 4 novembre, le 6 décembre, le 3 février 1920. La guérison persiste. Col un peu diminué de volume. Orifice perméable. L'hystéromètre une bougie, 3 et 4 passent facilement. Très bon état général. Augmentation de poids de 7 kilos.

Obs 73 (Métrite chronique catarrhale. 9 cautérisations au Néofilhos. Atrésie légère de l'orifice externe laquelle a rétrocédé après la dilatation. Guérison depuis 5 mois).

H... Laurence, 35 ans. En 1907 accouchement normal.

Suites de couches normales. Vient à la consultation. Métrite chronique catarrhale. Traitement commencé en octobre 1918. Terminé en mars 1919. 9 cautérisations au Néofilhos, la 9e à la fin de février 1919. Guérison en mars. Revue le 24 avril la guérison persiste mais le col est un peu rétracté et diminué de volume. Orifice un peu rétréci et ridé. Une bougie d'Hégar n° 3 passe assez facilement. Revue le 20 mai. Même aspect du col mais on constate une atrésie partielle de l'orifice. Cicatrice blanche nacrée ne laissant qu'un orifice punctiforme. Après débridement de l'orifice avec l'extrémité d'une bougie d'Hégar n° 2 on trouve une cavité cervicale très perméable et l'on passe progressivement une bougie d'Hégar 3 et 4. Il y a lieu de faire un peu de dilatation tous les 10 à 15 jours. Revue le 31 mai, le 10 juin, le 10 juillet. Les règles sont normales et non douloureuses. On passe très facilement l'hystéromètre et les bougies d'Hégar n° 3 et 4.

Obs. 74 (Métrite chronique. Début *post abortum* datant de 10 ans. Guérison depuis 6 mois. Légère atrésie de l'orifice externe laquelle a rétrocédé par dilatation. Cavité cervicale normale).

A... Camille, 33 ans. En 1907 accouchement normal. Suites de couches normales. En 1909 fausse couche de 3 mois faite à l'hôpital Saint-Antoine et suivie d'un curettage. Traitée en mai 1919 à la consultation du service pour métrite chronique datant de 10 ans début *post abortum*. 4 cautérisations au Néofilhos. Revue le 9 et 17 juin. Très légère atrésie, rétraction cicatricielle autour de l'orifice externe. Après quelques mouvements de débridement avec une bougie d'Hégar n° 2 on dilate facilement l'orifice atrésié. L'orifice franchi on pénètre très facilement dans la cavité cervicale restée très perméable. Les bougies d'Hégar 3, 4 et 5, passent très facilement et pénètrent au fond de la cavité utérine Revue le 8 juillet le 5 août. Les règles ont été un peu douloureuses. Toujours un peu de rétraction cicatricielle autour de l'orifice mais on peut passer très facilement les bougies d'Hégar n° 3, 4 et 5. Revue le 18 novembre et le 23 décembre. La guérison persiste, l'orifice externe du col est arrondi, très perméable. L'hystéromètre et les bougies d'Hégar 3 et 4 passent très

facilement. Les règles ont été normales non douloureuses. Très bon état général.

Augmentation de poids de 4 kilos depuis la fin du traitement.

Obs. 75 (Métrite chronique. Début *post partum* datant de 4 ans. Guérison depuis 6 mois. Augmentation de poids de 4 kilos).

H... Berthe, 24 ans. Multipare. 1er accouchement normal en 1912. Suites de couches normales. 2e accouchement normal en 1915. Suites de couches normales. Début apparent de la métrite dans les mois qui suivirent le 2e accouchement. Leucorrhée persistante. Grande lassitude générale. Depuis un an troubles menstruels. Règles plus abondantes, très fréquentes tous les 15 ou 20 jours. Vient à la consultation en juillet 1919. 4 cautérisations au Néofilhos en juillet et août. Guérison le 23 août. Revue le 6 septembre, le 11 novembre, le 6 janvier, le 3 février, le 4 mars 1920. La guérison persiste. L'utérus reste un peu gros. Aspect normal du col. Orifice ovalaire très perméable. L'hystéromètre, les bougies 3 et 4 passent très facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 4 kilos.

Obs. 76 (Métrite chronique début post abortum datant de 7 ans. Guérison depuis 6 mois. Augmentation de poids de 7 kilos).

P... Marie, 40 ans. Accouchement normal en 1898. Suites de couches normales. En 1912 fausse couche de 5 mois. Début de la métrite 3 mois après. Traitée pendant 2 mois à la Maternité de Genève (cautérisations ignées) cautérisations par crayons intra-utérins. Vient à la consultation en avril 1919. 4 cautérisations au Néofilhos en avril et mai. Guérison le 17 juin. Revue le 10 juillet, le 8 novembre, le 23 décembre. La guérison persiste. Aspect presque normal du col. Coloration rosée, un peu de rétraction cicatricielle au pourtour de l'orifice. Orifice punctiforme mais très perméable. L'hystéromètre une bougie 3 passent très facilement. Règles régulières, non douloureuses. Très bon état général. Augmentation de poids de 7 kilos.

Obs. 77 (Métrite chronique blennorrhagique datant d'un an. Guérison depuis 6 mois. Augmentation de poids de 3 kilos.

V... Ketty, 27 ans. Nullipare. Fausse couche de 4 mois 1/2 il y a 5 ans. Suites normales. Début de la métrite il y a un an. Douleurs dans le bas-ventre. Pertes blanches abondantes et persistantes. Vient à la consultation en juillet 1919. 2 cautérisations au Néofilhos le 8 et le 15 juillet 1919. Guérison le 29 juillet. Revue le 12 août, le 26 août, le 4 octobre, le 29 novembre, le 24 janvier. La guérison persiste. Utérus rétroversé. Col un peu volumineux. Orifice linéaire ovalaire entr'ouvert. L'hystéromètre passe facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 3 kilos.

Obs. 78 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 10 ans. Début du traitement 10 jours après un curettage fait pour rétention placentaire. Guérison depuis 6 mois. Augmentation de poids de 6 kilos).

C... Noémie, 28 ans, Mariée en 1909. Environ 3 mois après son mariage, sans accidents aigus apparents de blennorrhagie constate des pertes blanches très épaisses et très abondantes. empesant le linge avec taches jaunes verdâtres. Accouchement en 1910 normal. Suites de couches normales. Depuis 10 ans persistance de la leucorrhée. Depuis un an douleurs fréquentes dans les reins et la région sacro-coccygienne. Grande lassitude générale. En mai 1919 entre dans le service salle Bichat. Hémorragie persistant depuis 6 semaines après une fausse couche de 6 semaines. Curettage le 26 mai. Suites normales. Le 4 juin utérus en rétroversion la cavité cervicale est encore très dilatée. Orifice béant laissant échapper une glaire muco-purulente grisâtre. 3 cautérisations au Néofilhos en juin 1919. Guérison le 5 juillet. Revue le 16 juillet, le 1er août, le 22 décembre. La guérison persiste. Aucune leucorrhée. Aspect normal du col, rosé, orifice circulaire régulier, entr'ouvert, très perméable. L'hystéromètre, les bougies 3 et 4 passent très facilement. Très bon état général. Augmentation de poids de 6 kilos. La malade n'avait jamais autant pesé que depuis sa guérison.

Obs. 79 (Métrite chronique gonococcique. Guérison depuis 6 mois. Très bon état général. Augmentation de poids de 9 kilogr.).

O. Jeanne, 28 ans. Accouchement en 1910. En août 1916, fausse couche de 2 embryons la 2e expulsion faite 8 jours après la 1re. Pendant 50 jours hémorragie peu intense mais continue. Les mois suivants, douleurs dans le bas-ventre, lassitude générale, pas de leucorrhée très appréciables. En juillet 1917, rhumatisme mono-articulaire aigu localisé au poignet gauche ayant laissé une ankylose à peu près complète de l'articulation. Traitée pendant 5 mois à St-Antoine. Le 15 mai 1919 entre dans le service, salle Bichat. Gros col de métrite chronique, orifice béant. Leucorrhée épaisse jaunâtre très caractéristique. L'examen microscopique révèle la présence de gonocoques. 4 cautérisations au Néofilhos. Le 15 et 22 mai, le 5 et 14 juin. Sort guérie le 21 juin. Revue le 17 juillet, le 22 octobre, le 3 janvier 1920. La guérison persiste. Aucune leucorrhée, pas même la moindre sécrétion vaginale. Aspect normal du col de coloration rosée, orifice linéaire, ovalaire, très perméable. L'hystéromètre les bougies 3 et 4 passent très facilement. Très bon état général. Augmentation de poids de 9 kilogr.

Obs. 80 (Métrite chronique début *post partum* datant de 2 ans. Guérison depuis 6 mois.)

D. Valentine, 26 ans. Multipare. 1er accouchement en avril 1916. 15 jours après, entre à Tenon pour métrite compliquée de salpingite double. Sort de l'hôpital après 3 mois de repos absolu au lit. 2e accouchement, en mai 1917, à la maternité. Normal. Suites de couches normales. En septembre 1917, traitée à l'Hôtel-Dieu pour métrite chronique et salpingite double. Repos. Injections vaginales. En mai 1918, fausse couche de 6 semaines. En sortant de la maternité de St-Antoine vient à la consultation du service. Traitée pendant 4 mois. 8 cautérisations au Néofilhos. Guérison en octobre 1918. Revue le 5 avril 1919. La guérison persiste à l'examen. Brides annexielles. Petite masse à gauche. Un peu sensible au toucher. Aspect normal du col. Coloration

rosée. Orifice ovalaire, très perméable. L'hystéromètre passe très facilement. Bon état général.

Obs. 81 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 4 ans. Guérison depuis 6 mois. Très bon état général. Augmentation de poids de 9 kilogr.).

G. Renée, 29 ans. Nullipare, pas de fausse couche. Mariée en 1914. Début apparent 4 à 6 mois environ après le mariage. Leucorrhée abondante, troubles menstruels, règles plus douloureuses, irrégulières, tous les 40 ou 50 jours. Vient à la consultation en septembre 1918. Métrite chronique blennorrhagique compliquée d'annexité gauche ancienne. Entre dans le service, salle Bichat le 17 septembre 1918. Après un repos absolu au lit de 10 jours le traitement est commencé. 3 cautérisations au Néofilhos. Guérison le 15 novembre. Sort du service et revient tous les mois pour être surveillée. Revue le 22 mai 1919. La guérison persiste. Aspect du col : de coloration rosée sauf au pourtour de l'orifice qui est de coloration nacrée. Orifice arrondi un peu ridé, mais très perméable. L'hystéromètre, les bougies 3 et 4 passent très facilement. Règles régulières, normales. Pesait avant le début du traitement 43.500 pèse actuellement 53 kilogr. Très bon état général.

Obs. 82 (Métrite chronique. Début *post partum* datant de 5 ans. Guérison depuis 10 mois).

G. Marie, 33 ans. Multipare. 1er accouchement normal en 1909. Suites de couches normales. 2e accouchement en 1912. 3e accouchement en 1914 à la maternité de St-Antoine. Normal. Environ 5 à 6 semaines après, début d'une leucorrhée abondante et persistante. Traitée depuis 5 ans à diverses reprises (pansements, ovules, injections). Vient à la consultation en avril 1919. Gros col de métrite chronique, orifice béant, recouvert d'une grosse glaire muco-purulente grisâtre (Pas de gonocoques à l'examen microscopique). 3 cautérisations au néofilhos le 29 avril, le 8 mai, le 17 mai. Le 27 mai, guérison. Revue le 5 juin, le 19 et 29 juillet, le 24 février, le 23 mars 1920. La guérison persiste. Aucune

leucorrhée. Aspect, normal du col, rosé. Orifice linéaire, ovalaire, très perméable. L'hystéromètre, les bougies 3 et 4 passent très facilement. La malade est revenue se plaignant de douleurs abdominales. La cause de ces douleurs est une ptose généralisée de tous ses organes. Paroi abdominale absolument flasque.

Obs. 83 (Métrite chronique datant de 5 ans. Guérison depuis 8 mois. Bon état général. Augmentation de poids de 5 kilogr.).

M. Jeanne, 30 ans. Accouchement normal en 1911. Suites normales. Début apparent de la métrite il y a 5 ans. Pertes blanches glaireuses abondantes et persistantes. Ni douleurs, ni troubles menstruels. Vient à la consultation en juillet. Gros col de métrite chronique. Orifice linéaire béant. 3 cautérisations au Néofilhos en juillet. Guérison le 5 août. Revue le 4 septembre, le 8 novembre, le 30 mars 1920. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice ovalaire, très perméable. L'hystéromètre passe très facilement. Utérus mobile antefléchi. Bon état général. Augmentation de poids de 5 kilogr.

Obs. 84 (Métrite chronique. Traitement très difficile ayant duré un an. Traitement repris 2 fois. Guérison depuis 7 mois. Augmentation de poids de 6 kilogr.).

C. Lucienne, 25 ans. Fausse couche en 1913. Début apparent de la métrite en décembre 1917. Vient à la consultation du service en 1918. 6 cautérisations au Néofilhos en juin et juillet 1918. La guérison semblant incertaine la malade est surveillée très régulièrement tous les 8 jours. Persistance de muco-pus. En décembre 1918, le traitement est repris. 6 cautérisations en janvier, février et mars 1919. En avril la guérison semble définitive. La malade est surveillée tous les 8 jours. Aucune sécrétion dans la cavité cervicale. L'orifice est très perméable. Etat général meilleur. Revue le 13 mai, le 3 juin. En explorant la cavité cervicale on constate encore un peu de sécrétion muqueuse louche et grisâtre. Attouchement à la teinture d'iode. Revue le 17 juin, la guérison sem-

blant incertaine. 2e reprise du traitement en juillet. 4 cautérisations, la 4e le 31 juillet. Revue le 12 août, le 25 octobre, le 15 novembre, le 13 décembre. La guérison persiste définitive Col diminué de volume. Orifice un peu irrégulier étoilé. Revient une fois par mois quelques jonrs après la fin des règles pour dilatation de l'orifice. Les règles sont normales, non douloureuses. Revue le 10 janvier, le 7 février, le 9 mars. La guérison persiste. Le col un peu diminué de volume a un aspect plus normal. L'orifice est plus régulier, très perméable. L'hystéromètre, les bougies 3 et 4 passent. La difficulté de ce traitement est imputable à la rétroflexion très prononcée de l'utérus. Il est très difficile de cautériser toute la cavité cervicale à cause de l'angle de flexion. D'autre part un certain degré de latéro-déviation du corps de l'utérus à gauche rendait l'exploration du trajet de la cavité cervicale plus difficile. L'état général est maintenant très amélioré. Augmentation de poids de 6 kilogr.

Obs. 85 (Métrite chronique, début *post abortum* datant d'un an. Guérison depuis 8 mois. Très bon état général augmentation de poids de 9 kilos).

B... Eva, 23 ans. Mariée en 1918. 5 mois après son mariage fausse couche de 3 mois. Début apparent de la métrite dans les semaines qui suivent la fausse couche. Crise douloureuse dans le bas-ventre ayant nécessité le repos absolu au lit pendant 3 semaines, puis la malade est traitée pour la métrite. Vient à la consultation en mars 1919. 7 cautérisations au Néofilhos en mars et avril 1919. Revue le 8 janvier 1920. La guérison persiste. Aspect normal du col. Orifice très perméable, arrondi, très régulier, une bougie d'Hégar n° 4 passe très facilement. Très bon état général augmentation de poids de 9 kilogr.

Obs. 86 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 2 ans. Guérison depuis 5 mois. Augmentation de poids de 6 kilogr.)

M... Alice, 28 ans. Nullipare. Blennorrhagie aiguë il y a 2 ans. Traitée depuis deux ans pour métrite. Vient à la con-

sultation du service en juillet 1919. 5 cautérisations au Néofilhos en juillet et août. Revue le 6 novembre, le 4 décembre, le 8 janvier. La guérison persiste. Aspect normal du col, orifice arrondi très régulier, très perméable. L'hystéromètre, une bougie 3 passent très facilement. Bon état général. Augmentation de poids de 6 kilogr.

Obs. 87 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 2 ans. Guérison depuis 8 mois. Augmentation de poids de 6 kilos).

L... Suzanne, 22 ans. Nullipare, pas de fausse couche. Mariée en 1917. Un mois après son mariage blennorrhagie aiguë compliquée de métrite et de salpingite double. Repos absolu au lit pendant 8 mois. Reprend ensuite une vie assez active. Bon état général pendant un an. Vient à la consultation en juin 1919. Depuis 6 mois grande lassitude générale, douleur continue dans le bas-ventre. Troubles menstruels, règles plus fréquentes plus abondantes durant 10 à 15 jours. Pas de leucorrhée très appréciable. Utérus mobile en avant, reliquats annexiels, masse annexielle gauche. Col peu volumineux. Orifice un peu entr'ouvert avec une sécrétion glaireuse grisâtre, assez abondante dans la cavité cervicale. 4 cautérisations en juillet. Guérison le 5 août. Revue le 19 août le 6 octobre, le 6 novembre, le 9 décembre, le 7 février, le 19 février, le 18 mars, le 20 avril 1920. La guérison de la métrite persiste. Aucune sécrétion glaireuse. Aspect normal du col. Orifice circulaire au centre d'une petite cupule rosée très perméable, l'hystéromètre, les bougies d'Hégar 3 et 4 passent très facilement. Très bon état général. Augmentation de poids de 6 kilos. Par prudence, continue à se faire surveiller désirant éviter toute rechûte du côté des lésions annexielles anciennes.

Obs. 88 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 4 ans. Guérison depuis an. Très bon état général. Augmentation de poids de 8 kilos).

P... Berthe, 26 ans. Nullipare. Mariée en avril 1914 Dans les mois qui suivent son mariage apparition d'une leucorrhée

épaisse, abondante et persistante. Aucun traitement pendant 4 ans, sauf quelques injections vaginales antiseptiques. Vient à la consultation du service en novembre 1918 pour une ménorragie durant depuis 6 semaines et une grande lassitude générale. Entre dans le service, salle Bichat, pour métrite chronique, compliquée de salpingite double. Après deux mois de repos absolu au lit traitée pour métrite chronique en février et mars 1919. 8 cautérisations au Néofilhos, sort du service après guérison. Revue en avril le 23 août, le 27 novembre, le 25 mars, le 11 mai 1920. La guérison persiste. Aucune leucorrhée, pas même la moindre sécrétion vaginale. Aspect normal du col sauf un peu de retraction cicatricielle autour de l'orifice. Orifice arrondi, un peu ridé, mais très perméable, l'hystéromètre, les bougies 3 et 4 passent très facilement. Les règles sont régulières non douloureuses. Aucune lésion annexielle appréciable. Utérus antéversé mobile : très bon état général. Augmentation de poids de 8 kgr.

Obs 89 (Métrite chronique blennorrhagique, datant de 12 ans, 4 cautérisations Guérison depuis un an. Très bon état général. Augmentation de poids de 12 kilogr.)

D... Georgette, 29 ans. Mariée en 1908. Nullipare, pas de fausse couche. Environ 6 mois après son mariage, alors qu'elle avait toujours eu une très belle santé, grande lassitude générale. Leucorrhée abondante et persistante, douleur continue dans le bas-ventre et dans les reins. Jusqu'en 1914 aucun traitement, puis traitée à diverses reprises pour métrite sans amélioration. En février 1919 entre dans le service, salle Bichat, pour une crise aiguë de salpingite gauche. Après six semaines de repos au lit sort du service à la fin de février. Traitée à la consultation en mars et avril. 4 cautérisations au Néofilhos. Revue le 22 mai, la guérison persiste. Aucune leucorrhée glaireuse. Aspect normal du col. Orifice arrondi béant, l'hystéromètre passe très facilement. Utérus mobile. Quelques brides annexielles à gauche. Un mois après la fin du traitement, l'état général est déjà très amélioré. Augmentation de poids de 2 kilos. De petite taille pèse 46 k. 200 au lieu de 39 kilos poids antérieur au

traitement. Revue le 24 avril 1920. La guérison persiste, très bon état général. Pèse 51 kilos soit une augmentation de 12 kilos sur le poids antérieur au traitement.

Obs. 90 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 19 ans. Guérison depuis un an).

B..., 40 ans, Mariée en 1899. Qnelques mois après son mariage apparition de pertes glaireuses très épaisses. Malgré divers traitements cette leucorrhée persiste plus ou moins abondante. Grande lassitude générale, migraines très fréquentes. Depuis 19 ans pas d'enfant, pas de fausse couche. Vient à la consultation du service en 1918. Traitée en avril, mai et juin 1908. 8 cautérisations au Néofilhos. Revue en juin 1919. Bonne santé générale, les pertes blanches ont complètement disparu. Règles régulières, non douloureuses. Le col un peu diminué de volume a un aspect normal, coloration rosée, orifice circulaire très perméable. L'hystéromètre passe très facilement.

Obs. 91 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 6 mois. 4 cautérisations. Guérison depuis un an).

H... Thérèse, 31 ans. Accouchement en 1909 normal. Suites de couches normales. Pas de fausse couche. En octobre 1918 blennorrhagie aiguë. Depuis, pertes blanches persistantes, très abondantes. Vient à la consultation du service en mars 1919. Traitée en avril et mai 1919, 4 cautérisations au Néofilhos. Revue le 22 mai, le 27 mai, le 3 juin, le 8 juillet 1919, le 27 mars 1920. La guérison persiste. Aspect normal du col orifice arrondi perméable. Une bougie n° 3 et 4 passe facilement. Bon état général.

Obs. 92 (Métrite chronique début *post partum* datant de 5 ans. Guérison depuis 4 ans. Augmentation de poids de 6 kgrs).

B... Alice, 30 ans. Mariée à 19 ans. Multipare. 1er accouchement en 1910, normal fait à la clinique Tarnier. Suites de couches normales. 2e accouchement en 1911, normal. Suites de

couches normales. Dans les mois qui suivent, éprouve une lassitude générale, et constate une leucorrhée abondante et persistante. En 1912 fausse couche de six semaines suivie de curettage. 3e accouchement en 1914, normal fait à la Maternité de Saint-Antoine. Suites de couches normales. Vient à la consultation du service en juin 1916. Métrite chronique catarrhale annexite ancienne à gauche. Traitée de juin à septembre 1916. 5 cautérisations par le Néofilhos. Revue le 8 janvier 1920. Aspect normal du col. Orifice linéaire un peu ovalaire, une bougie d'Hégar n° 3 et 4 passe très facilement. Aucune sécrétion glaireuse dans la cavité cervicale. Bon état général augmentation de poids de 6 kgrs.

Obs. 93 (Métrite chronique début *post partum* datant de 10 ans. Guérison depuis 2 ans. Très bon état général. Augmentation de poids de 10 kgrs).

D... Yvonne, 35 ans. Mariée en 1906. Multipare. 1er accouchement en 1907 ; 2e accouchement en 1914. Début apparent de la métrite environ 5 à 6 mois après le 1er accouchement. Depuis leucorrhée abondante. Grande lassitude générale. Traitée à diverses reprises, traitements différents (injections vaginales, ovules à l'Ichtyol, crayons médicamentaux intra-utérins. Pansements divers). En avril 1917 vient à la consultation du service. Grosse métrite chronique du col avec érosions. 3 cautérisations au Néofilhos en avril 1917. Guérison définitive en juin 1917. Continue à venir tous les deux mois désirant toujours être surveillée. Revue le 3 juin 1919. La guérison complète persiste toujours. Le col a un aspect parfaitement normal comme volume et comme coloration. Orifice circulaire (il avait été déchiré et présentait des érosions sur les deux lèvres). Une bougie d'Hégar n° 3 et n° 4 passe très facilement jusqu'au fond de la cavité utérine. Utérus mobile. Rien de spécial aux annexes. Les règles sont régulières et non douloureuses. Très bon état général. En avril 1917 pesait 53 kgrs, pèse actuellement 63 kgrs. Malgré des occupations fatigantes (vendeuse dans un grand magasin) n'éprouve plus ni lassitude générale ni douleur dans le bas-ventre.

Obs. 94 (Métrite chronique blennorrhagique durant depuis 25 ans. Guérison depuis 2 ans).

M... Marie, 53 ans. Accouchement en 1888 normal. Suites de couches normales. Début apparent de la métrite en 1892. Leucorrhée épaisse et très abondante, jaune verdâtre ayant toujours persisté très abondante. Vient à la consultation du service en janvier 1914. Traitée de janvier à juillet 1917. Six cautérisations au Néofilhos. Revue le 5 juin 1919. Très reconnaissante d'avoir été définitivement et complètement guérie vient donner de ses bonnes nouvelles. Depuis deux ans disparition complète de la leucorrhée. Col un peu diminué de volume, de coloration rosée. Orifice régulier arrondi. L'hystéromètre passe très facilement. N'est plus réglée depuis 14 mois. Très bon état général.

Obs. 95 (Métrite chronique début *post partum* datant de 10 ans. Guérison depuis un an. Très bon état général. Augmentation de poids de 8 kgrs).

F... Estelle, 32 ans. Accouchement en 1909, normal, fait à la campagne. 6 semaines après, hémorragie presque continue (gros utérus rétroversé) selon le diagnostic du médecin traitant. En traitement chez elle pendant 6 mois, repos, injections vaginales, ovules à l'Ichtyol. Les années suivantes, pas de leucorrhée très appréciable, mais persistance de troubles menstruels ; règles irrégulières, douloureuses abondantes, durant 6 à 8 jours. Vient à la consultation en janvier 1919. Traitée en janvier, février et mars 1919. 4 cautérisations au Néofilhos. Revue le 12 avril La guérison est définitive. Aspect normal du col. Orifice circulaire, une bougie d'Hégar n° 3 et 4 passe très facilement, le corps de l'utérus est très réduit de volume par rapport au volume qu'il avait avant le traitement, 8 cm. 5 à l'hystéromètre. Depuis deux mois les règles sont régulières et moins douloureuses. Revue le 31 mai le 7 juin, le 17 juillet. Col rosé orifice circulaire une bougie 3 et 4 passe facilement. Utérus rétroversé, les règles sont maintenant régulières durant 4 à 5 jours non douloureuses. Dernières règles du 11 au 15 juillet. Très bon état général. Augmentation de poids de 8 kgrs. Revue le 9 mars 1920. Même état local parfaitement normal. Très bon état général.

Obs. 96 (Métrite chronique mixte datant de 12 ans Guérison depuis 14 mois).

C... Elisabeth, 35 ans. En 1906 fausse couche de 4 mois. En 1907 traitée pour la première fois pour métrite. En 1910 accouchement normal, suites de couches normales. En 1913 traitée pour cystite Les années suivantes traitée à diverses reprises pour métrite chronique. Leucorrhée abondante persistante. Troubles menstruels, règles irrégulières parfois tous les 20 jours, abondantes, durant 5 à 6 jours. En septembre 1917 vient à la consultation du service. Traitée de septembre 1917 à février 1918. 8 cautérisations au Néofilhos.

Revue le 17 avril 1919. Depuis sa guérison disparition complète de la leucorrhée, règles régulières normales. Bon état général. Augmentation de poids de 4 kgrs. A l'examen, quelques pertes vaginales liquides d'aspect laiteux. Aspect normal du col, orifice régulier arrondi. très perméable. L'hystéromètre une bougie n° 3 4 et 5 passent très facilement.

Obs. 97 (Métrite chronique début *post partum*. Guérison depuis 15 mois).

G... Louise, 26 ans. Accouchement en septembre 1914, normal, suites de couches normales.

Environ 4 mois après l'accouchement leurcorrhée abondante et persistante. Ni douleur, ni troubles menstruels. Aucun traitement sauf quelques injections vaginales. Vient à la consultation en décembre 1917. Traitée en décembre 1917 et en janvier 1918. 5 cautérisations au Néofilhos. Revue le 3 mai 1919. Depuis la fin du traitement, disparition complète de la leucorrhée. Bon état général, augmentation de poids de 5 kilogrs.

A l'examen, rien d'anormal aux annexes. Le col de coloration rosée a un aspect un peu blanc nacré au pourtour de l'orifice et présente 2 petits points. Kystiques.

L'orifice arrondi est très perméable.

Pas de sécrétion glaireuse dans la cavité cervicale.

Obs. 98 (Métrite chronique début *post abortum* Guérison depuis 7 ans).

V... Louise, 41 ans. Multipare, 2 accouchements en 1903 et 1905. Fausse couche en 1910. Vient à la consultation en 1912. Métrite chronique début *post abortum* datant de 2 ans. Traitée pendant 3 mois. 5 cautérisations au Néofilhos. Revue le 29 mars 1919. Depuis sa guérison, depuis 7 ans, la malade dit avoir toujours été en bonne santé, les pertes blanches glaireuses n'ont jamais réapparu, les règles sont régulières tous les 28 jours, durant 4 à 5 jours non douloureuses. Examen de l'utérus et des annexes, rien d'anormal. A l'examen au spéculum. Col normal, de coloration rosée, orifice arrondi très perméable une bougie d'Hégar n° 3 et 4 passe très facilement. De la cavité cervicale on retire avec la pince un peu de mucus normal, mucus très, clair transparent et fluide comparable à de la glycérine. La cavité cervicale est très perméable.

Obs. 99 (Métrite chronique début *post abortum* datant de 14 ans. Guérison depuis 4 ans).

J... Marie, 40 ans. Mariée à 20 ans. 5 mois après son mariage fausse couche de 3 mois, à 22 ans, accouchement normal, suites de couches normales, à 23 ans fausse couche de 3 mois. Début apparent de la métrite dans les semaines qui suivirent cette fausse couche, douleurs dans le bas-ventre, ménorragies abondantes, leucorrhée épaisse très abondante et persistante. En février 1916 vient à la consultation du service. Traitée pendant 3 mois 5 cautérisations au Néofilhos. Revue le 27 janvier 1920. Depuis 4 ans, disparition complète des pertes blanches. Bon état général malgré un emploi assez fatigant, (Employée aux bagages à la gare de l'Est). A l'examen, l'utérus et les annexes ne présentent rien d'anormal. Le col a un aspect normal de coloration rosée, l'orifice est régulier ovalaire et apparaît très perméable. L'hystéromètre passe très facilement, et mesure 7 cmc. 5. Les règles sont régulières, toutes les 3 semaines, non douloureuses, durant 3 jours.

Obs. 100 (Métrite chronique datant de 12 ans Guérison depuis 2 ans).

Mme P... Juliette, 43 ans. Accouchement à 27 ans normal. Suites de couches normales. Début apparent de la métrite environ deux ans après l'accouchement. En mars 1917 vient à la consultation du service. Grosse métrite chronique catarrhale. Très gros col déchiré lèvres éversées. Traitée pendant 3 mois. 7 cautérisations au Néofilhos. Revue le 4 décembre 1619. Aucune sécrétion glaireuse à l'orifice du col, la cicatrice linéaire de l'ancien orifice a un aspect blanc nacré, vers le milieu un orifice un peu ridé, arrondi, très perméable, l'hystéromètre une bougie d'Hégar 3, 4 et 5 franchissent facilement l'orifice. Règles régulières, normales, non douloureuses. Bon état général.

Obs. 101 (Métrite chronique blennorrhagique dant de 5 ans. Guérison depuis un an. Atrésie presque complète de l'orifice externe, ayant rétrocédé par dilatation aux bougies d'Hégar).

L... Juliette, 31 ans. Nullipare en 1914. Métrite aiguë blennorrhagique compliquée de salpingite droite ayant nécessité le repos absolu au lit pendant deux mois. Vient à la consultation du service en avril 1919. Métrite cervicale chronique. Leucorrhée glaireuse très abondante, 7 cautérisations au Néofilhos en avril, mai et juin, la 7e cautérisation le 3 juin, le 12 juin la cavité cervicale est largement ouverte, on peut y introduire l'index, la pince ne ramène aucune sécrétion glaireuse, la malade ne revient que le 12 juillet contrairement à la recommandation qui lui a été faite de revenir dans 10 jours. Atrésie presque complète de l'orifice externe, néanmoins les règles n'ont pas été douloureuses, la bougie d'Hégar n° 2 débride difficilement l'orifice. Revue le 17 juillet, après débridement de l'orifice la bougie d'Hégar n° 2 passe dans la cavité cervicale un peu sténosée, avec une certaine difficulté du fait que l'utérus est très antéfléchi.

Revue le 24 juillet et le 7 août : les règles qui ont eu lieu du 30 juillet au 2 août n'ont pas été douloureuses, à l'examen ce petit col de nullipare qui a eu 7 cautérisations est dimi-

nué de volume et rétracte sur lui-même, l'orifice est toujours un peu atrésié. En fixant le col avec la pince à griffe on arrive par dilatation progressive à passer une bougie d'Hégar n° 2 et n° 3. La leucorrhée cervicale a complètement disparu, l'état général est meilleur, augmentation de poids de trois kilos depuis la fin du traitement. Revue le 21 août. Dilatation avec bougies d'Hégar n° 2 et n° 3. Revue le 8 novembre, la guérison persiste. Bon état général, col un peu effacé mais en fixant le col les Bougies d'Hégar n° 2 et 3 passent très facilement. Néanmoins on conseille à la malade de venir une fois chaque mois 3 ou 4 jours après la fin de ses règles pour continuer à faire de la dilation. En décembre, en janvier, dilatation avec les bougies d'Hégar, n° 2. 3 et 4. En février, mars et avril 1920 la dilatation est beaucoup plus facile et moins douloureuse. L'atrésie de l'orifice a rétrocédé et la sténose de la cavité cervicale n'existe plus En fixant le col, à cause de l'antéflexion très prononcée qui rend le passage des bougies moins facile, on arrive à passer progressivement très facilement les bougies d'Hégar n° 2, 3, 4 et 5 jusqu'au fond de la cavité utérine. Très bon état général. Augmentation de poids de 7 kilos depuis la fin du traitement.

Obs. 102 (Métrite chronique blennorrhagique. Atrésie complète de l'orifice externe du col, la malade ayant cessé de venir à la fin du traitement. Orifice refait par une cautérisation au Néofilhos. Cavité cervicale perméable).

V... Françoise, 22 ans. Nullipare. Traité en juin 1919 pour métrite chronique blennorrhagique datant d'un an (mariage en juin 1918). 5 cautérisations au Néofilhos en juin et en juillet 1919. Revue 10 jours après la 5e cautérisation, puis une deuxième fois à huit jours d'intervalle. Les cautérisations au Néofilhos étant terminées malgré la recommandation faite à toutes les malades en fin de traitement de revenir régulièrement tous les 15 jours ou tous les mois pour être surveillées pendant deux ou trois mois la malade cesse de venir. Revient le 24 janvier 1920. Les règles sont régulières durant 3 jours, mais plus douloureuses depuis les 2 périodes menstruelles précédentes. A l'examen au spéculum on constate une atrésie linéaire complète de l'orifice du col recou-

vert d'un tissu cicatriciel vernissé, nacré. Avec l'extrémité d'une bougie d'Hégar n° 2 on devine un petit pertuis. A cet endroit où l'on suppose un pertuis de l'orifice cicatrisé, avec l'extrémité d'un petit crayon, application légère au Néofilhos ; le 31 janvier, un petit cratère s'est formé à l'endroit cautérisé. Avec une bougie d'Hégar n° 2 on débride un peu l'orifice formé et progressivement très facilement on peut faire passer la Bougie d'Hégar n°s 3, 4 et 5 jusqu'au fond de la cavité utérine. La malade continue à revenir tous les huit ou dix jours afin de maintenir l'orifice reformé en le dilatant avec les Bougies d'Hégar. Revue le 17 avril les règles ont eu lieu du 10 au 12 avril normales non douloureuses, la cavité cervicale est très perméable, les bougies d'Hégar n° 2, 3 et 4 passent très facilement.

Obs. 103 (Métrite chronique début *post partum*. Atrésie presque complète de l'orifice externe, la malade ayant cessé de revenir après la 2e cautérisation. Orifice refait après 3 cautérisations).

L... Gabrielle, 34 ans. Multipare, 4 accouchements, en 1903, 1904, 1907 et 1909, fausse-couche en 1915. En avril 1919 vient à la consultation du service : métrite chronique début *post partum* depuis 1907. Gros col entr'ouvert, lèvres déchirées et éversées, sécrétions leucorrhéiques très claires, très fluides, mais très abondantes. Le 10 avril, 1re cautérisation par le Néofilhos, le 10 mai 2e cautérisation, ces deux cautérisations portent surtout sur l'orifice du col dont les lèvres sont évasées avec ectropion de la muqueuse intracervicale. La malade ne revient pas : sans aucun avis elle part pour Marseille où elle reste plusieurs mois. Le 29 janvier 1920 revient à la consultation du service. Les règles sont régulières, aussi abondantes, mais plus douloureuses depuis plusieurs mois. A l'examen au spéculum on constate une atrésie linéaire de l'orifice externe du col, cependant on distingue à l'angle gauche un très petit orifice où il est impossible d'introduire la Bougie d'Hégar la plus fine. Avec un petit crayon au Néofilhos, cautérisation au niveau de cet orifice afin de la creuser et de l'évider. Le 5 février, petit cratère à l'endroit de la cautérisation, néanmoins on ne

peut pas retrouver la direction de la cavité cervicale. Une deuxième cautérisation est faite sur le petit orifice existant : avec l'extrémité d'un petit crayon on s'efforce de cautériser un peu en profondeur : le 12 février, malgré l'orifice nouvellement creusé il est impossible encore de retrouver la cavité cervicale. La malade, attendant ses règles vers le 20 février, reviendra quelques jours après la fin de ses règles. Les règles sont venues aussi abondantes que normalement du 18 au 21 février mais toujours douloureuses; le 26 février, 3e caustérisation au Néofilhos au niveau de l'orifice; le 4 mars, on commence à pénétrer plus profondément dans la cavité cervicale, le trajet de la cavité cervicale semble retrouvé, dilatation sur le nouveau trajet avec les Bougies d'Hégar n° 2 et 3 qui pénètrent de 2 centimètres environ. Le 25 mars, la malade vient d'avoir ses règles. Dilatation un peu plus profondément avec la Bougie d'Hégar nos 2 et 3 sans pouvoir pénétrer jusqu'à l'isthme. Le trajet retrouvé est certainement celui de la cavité cervicale. Le 6 mai, après une exploration avec la bougie n° 2 et l'hystéromètre on arrive à retrouver la direction de la cavité cervicale et à franchir facilement l'isthme. Très facilement ou passe la Bougie d'Hégar n° 3, jusqu'au fond de la cavité utérine, on mesure 6 cm. 1/2 à l'hystéromètre.

L'atrésie existait seulement à l'orifice externe et à l'entrée de la cavité cervicale; elle a pu être guérie par trois cautérisation, au Néofilhos.

Obs. 104 (Métrite chronique début *post partum*. Hématométrie par suite de l'atrésie complète de l'orifice, deux mois après la dernière cautérisation).

C... Yvonne, 23 ans. Multipare, 3 accouchements, en 1914, 1916, 1918. Vient à la consultation du service en juillet 1919. Métrite chronique, début *post partum* 6 semaines après le 3e accouchement en octobre 1918. Traitée en août 1919, 3 cautérisations au Néofilhos le 2, le 11 et le 28 août. Règles du 7 au 12 septembre. Revue le 16 septembre. Guérison. Malgré la recommandation générale faite à toute malade de continuer à venir tous les 10 ou 15 jours, cesse de venir. Revient seulement le 25 novembre, n'ayant pas eu ses règles

depuis plus de deux mois,et ressentant depuis deux jours des douleurs très violentes dans le bas ventre et dans la région lombaire. A l'examen, l'utérus est augmenté de volume remontant à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, utérus mou : à l'examen au spéculum on constate que l'orifice externe est cicatrisé. Assez facilement, avec une Bougie d'Hégar n° 2 on débride l'orifice, la bougie pénètre et l'on se rend compte que la cavité cervicale est très perméable. Aussitôt, on donne issue à un jet de sang noir, à un liquide poisseux couleur sirop de cassis. L'utérus se vide et l'on passe très facilement, les Bougies d'Hégar nos 4, 5 et 6. Le 9 décembre, les Bougies nos 3 et 4 passent très facilement. Revue le 27 décembre et le 29 janvier La guérison persiste, le col a un aspect normal, l'orifice est linéaire, les Bougies nos 3 et 4 passent très facilement.

Obs. 105 (Métrite chronique blennorrhagique. Hématométrie par suite de l'atrésie complète de l'orifice, deux mois après la dernière cautérisation).

P... Fernande, 32 ans. Nullipare. Traitée à la consultation du service en mars et avril 1919 pour métrite chronique blennorrhagique. 4 cautérisations au Néofilhos, la 4e le 20 avril. Règles normales le 22 avril. Revue le 6 mai cesse de venir malgré la recommandation générale faite à toute malade de continuer à venir tous les 10 ou 15 jours. Pas de règles à la fin de mai, légères douleurs. A la fin de juin les règles ne viennent pas, douleurs plus intenses, dans le bas-ventre. Revient le 5 juillet, l'utérus est gros et mou. A l'examen au spéculum on constate que l'orifice du col est cicatrisé. Débridement au niveau de l'orifice cicatrisé avec une bougie d'Hégar n° 2, qui pénètre ensuite très facilement dans la cavité cervicale très dilatée. Dilatation avec la bougie n° 3 et aussitôt on donne issue à du sang noir retenu en abondance dans la cavité utérine ; les bougies 4 et 5 passent très facilement. Revue le 19 juillet, le 2 août les règles ont été normales les bougies 3 et 4 passent très facilement. Revue le 27 septembre. Règles normales non douloureuses, les bougies 3 et 4 passent très facilement. Aucune sécrétion leucorrhéïque glaireuse. Très bon état général.

Obs. 106 (Métrite chronique blennorrhagique, ayant été compliquée de périmétro-salpingite aiguë au début de l'infection. Réaction subaïguë après la première cautérisation (La malade n'avait pas gardé le repos absolu qui lui avait été ordonné).

S .. Marthe, 24 ans. Mariée en 1913, en juillet 1914 accouchement normal, suite de couches normales. En juillet 1916, fausse couche de trois mois faite à la maternité de la Pitié, suites normales. Sort de la maternité le 11e jour. En décembre 1918, blennorrhagie aiguë compliquée de périmétro-salpingite ayant nécessité son admission à Lariboisière 40° de température à son entrée. Reste 12 jours à l'hôpital ; repos absolu au lit, application de glace sur le ventre. Rentrée chez elle, les signes d'urétrite aiguë sont atténués mais la leucorrhée persiste très abondante. Pendant deux mois, traitement par des injections vaginales au permanganate de potasse. Vient à la consultation du service. Diagnostic. Métrite chronique. Reliquats annexiels, surtout à gauche. Prévenue de la nécessité de garder le repos absolu au lit pendant toute la durée du traitement par les cautérisations, début du traitement le 10 avril. Cautérisation par le Néofilhos. Revient le 17 avril se plaignant d'une crise douloureuse aiguë dans tout le bas-ventre depuis 4 jours. A l'examen on constate une poussée de périmétrite diffuse avec empâtement et sensibilité des annexes.

Interrogée, la malade fait savoir qu'elle n'a pas observé le repos absolu au lit, même les premiers jours, et, ne pouvant pas prendre tout le repos nécessaire, préfère être opérée.

Aucun traitement, le repos absolu au lit lui est ordonnée.

Il est à remarquer, que l'infection blennorrhagique avait été diffuse et généralisée aux annexes dès le début et qu'elle était relativement récente (4 mois).

Obs. 107 (Métrite chronique blennorrhagique compliquée de lésions annexielles chroniques. Réaction annexielle à la fin du traitement, la malade n'ayant pas gardé le repos absolu).

D... Alice, 25 ans. Nullipare. Pas de fausse couche. En

avril 1918, blennorrhagie aiguë, traitement : cubèbe et injection vaginale au permanganate de potasse. Ne garde pas le repos. Deux mois après le début des accidents aigus douleur continue dans le bas-ventre surtout à droite. Un médecin fait le diagnostic de métrite avec salpingite droite. 2e traitement, ovules à l'Ichtyol et injections vaginales. En 1919, entre dans le service du 20 septembre au 7 novembre, pour salpingite double plus volumineuse à droite; sort du service très améliorée, plus de masses annexielles appréciables. Revient à la consultation du service pour le traitement de sa métrite chronique. En raison de la crise annexielle ayant eu lieu au mois d'octobre, le repos absolu au lit est recommandé à la malade pendant toute la durée du traitement par les cautérisations.

Trois cautérisations au Néofilhos le 3, le 12, le 22 décembre 1919 après la 3e cautérisation les sécrétions glaireuses sont déjà très diminuées, 4e cautérisation le 3 janvier. La malade sachant qu'elle approche de la fin de son traitement ne reste au repos absolu que le jour de la cautérisation et circule les autres jours. Revient le 10 janvier se plaignant d'une crise douloureuse dans tout le bas-ventre depuis quelques jours. A l'examen on constate une poussée subaiguë de périmétrite et de salpingite à droite. Demande à entrer dans le service pour pouvoir garder le repos nécessaire. Reste au repos dans le service, salle Bichat du 10 janvier au 12 février. La réaction annexielle s'est améliorée rapidement par le simple repos. A sa sortie du service, la masse annexielle droite est peu volumineuse, mobile, non sensible au toucher vaginal, l'utérus est mobile. Le col a repris un aspect normal aucune sécrétion glaireuse dans la cavité cervicale, l'orifice est arrondi, très perméable, les bougies d'Hégar 2, 3 et 4 passent très facilement. Revue le 25 mars et le 29 avril. L'état des annexes s'est encore amélioré, aucune sensibilité au toucher vaginal. L'état du col reste normal. Les règles ont été normales du 22 au 26 avril. L'état général est très bon, augmentation de poids de 4 kilogs.

Obs. 108 (Métrite chronique blennorrhagique compliquée, il y a 3 ans de lésions annexielles. Réaction annexielle au cours du traitement, la malade n'ayant pas gardé le repos).

G..., 22 ans. Nullipare, pas de fausse couche. Traitée

depuis 4 ans à diverses reprises pour une métrite chronique blennorrhagique datant de 4 ans. Vient à la consultation du service en novembre 1919. Grosse métrite chronique à catarrhe purulent extraordinairement abondant. Au moment de l'examen au spéculum le cul-de-sac vaginal postérieur est une véritable marre purulente. Très gros col congestionné violacé. Aux annexes, pas de lésion importante appréciable. Quelques brides reliquats d'une crise de salpingite ancienne. Le repos absolu au lit est recommandé à la malade pendant toute la durée du traitement par les cautérisations. 1re cautérisation au Néofilhos le 25 novembre 1919. 2e cautérisation le 6 décembre, 3e cautérisation le 11 décembre. Revient seulement le 6 janvier n'ayant pas gardé le repos, ayant repris ses occupations depuis 15 jours. A l'examen, on constate une réaction annexielle, masse assez volumineuse à gauche, réaction diffuse de périmétrite. Pas de cautérisation, le repos absolu au lit est ordonné. La malade, ayant déjà eu, il y a 3 ans, une crise de salpingite décide de demander son admission au service de chirurgie de Lariboisière pour être opérée.

Obs. 109 (Métrite chronique compliquée il y a 8 ans et il y a 5 ans de lésions annexielles aiguës. Réaction aiguë des anciennes lésions annexielles au cours du traitement).

C... Georgette, 32 ans. Accouchement il y a 10 ans. Depuis les suites de couches métrite chronique compliquée de salpingite double. Première crise aiguë de salpingite il y a 8 ans, repos absolu au lit pendant 3 mois. L'intervention chirurgicale avait été envisagée au début de la 2e crise à cause d'accidents péritonéaux graves. Depuis 5 ans allait assez bien. A cause d'une leucorrhée toujours très abondante vient à la consultation du service en janvier 1920. Grosse métrite chronique, leucorrhée glaireuse très abondante. Gros col avec érosions au pourtour de l'orifice. Pas de lésions annexielles très volumineuses. Pas de sensibilité à l'examen, utérus mobile, 1re cautérisation le 6 janvier, 2e cautérisation le 20 janvier, 3e cautérisation le 29 janvier, 4e cautérisation le 7 février. Règles à leur époque normale du 10 au 14 février. La malade dit qu'elle est restée couchée jusqu'à la fin de ses règles ; elle a commencé à souffrir d'une douleur aiguë et

continue dans le bas-ventre le 14 février ; crise douloureuse généralisée dans tout le bas-ventre accompagnée d'élévation de température à 38, 38°5.

Sur le conseil de son médecin, reste au repos absolu au lit pendant 15 jours, le 28 février revient à la consultation du service. Entre dans le service pour annexite double et périmétrite diffuse aiguë. Repos absolu au lit, application de glace sur le ventre pendant 3 semaines. Après cinq semaines de repos la température étant à peu près revenue à la normale, la malade passe dans le service de chirurgie ; est opérée à la fin de mars. Hystérectomie.

Les lésions annexielles très anciennes, silencieuses avant le traitement et au début du traitement ont réagi de nouveau, l'importance de ces lésions avait fait discuter déjà la nécessité de l'intervention, il y a 5 ans. En raison des lésions aussi importantes des annexes, il y avait donc lieu de conclure à la nécessité de l'opération.

Obs. 110 (Métrite chronique blennorrhagique compliquée de lésions annexielles anciennes. Réaction annexielle aiguë au cours du traitement).

B..., 20 ans. En 1917, blennorrhagie aiguë compliquée de perimétrosalpingite double aiguë. En traitement 2 mois à l'hôpital Saint-Antoine. Repos au lit. Application de glace sur le ventre pendant trois semaines. Après sa sortie de l'hôpital continue à souffrir plus ou moins du bas-ventre. Pertes blanches persistantes. Vient à la consultation du service en janvier 1920. Entre dans le service, salle Bichat. Métrite chronique blennorrhagique compliquée de salpingite double, masse annexielle à droite. Repos au lit pendant 5 semaines, sort du service avec amélioration de son état au point de vue annexiel. Après avoir repris ses occupations pendant trois semaines revient à la consultation du service, continuant à souffrir dans le bas-ventre, surtout à droite Entre dans le service le 28 février 1920, salle Bichat, pour métrite chronique blennorrhagique et salpingite droite : petite masse annexielle à droite. Pendant 6 semaines garde le repos au lit. A l'examen utérus antéfléchi et mobile, la petite masse annexielle droite perceptible à l'entrée cesse

d'être appréciable après 15 jours de repos. Les culs-de-sac sont libres, à droite et à gauche. Malgré le repos au lit la température se maintient entre 37°5 et 38. Cette température subfébrile persistant, la malade est conduite dans le service de radioscopie pour examen de l'appareil pulmonaire. Aucune lésion appréciable du côté de l'appareil respiratoire.

La malade, désirant être traitée pour sa métrite chronique pendant son repos à l'hôpital, les lésions annexielles étant depuis un mois très diminuées, à peine perceptibles au toucher, aucune masse annexielle appréciable, le traitement est commencé.

Le col étant un col de nullipare, très petit, pour faire le traitement avec un minimum de cautérisations. Le 9 avril, une laminaire souple n° 16 est introduite très facilement. Le 10 avril, 1re cautérisation au Néofilhos, le crayon peut pénétrer facilement et entièrement dans la cavité cervicale. Préventivement, application de glace sur le bas-ventre. Les jours suivants aucune réaction douloureuse, la température reste la même. Le 19 avril, 2e cautérisation, le crayon peut pénétrer facilement dans la cavité cervicale, le 3e jour, crise douloureuse dans le bas-ventre, élévation progressive de la température au-dessus de 38 à 38°8. Au 6e jour, on trouve à l'examen un empâtement diffus de périmétrite. Au 10e jour, masse annexielle gauche, la température se maintient entre 38°5 et 39 et reste élevée pendant 8 jours. A partir du 3 mai, la température tombe au-dessous de 39 pendant quelques jours, puis se maintient de nouveau autour de 39. Le 12 mai, le 26 mai, à l'examen on constate une réaction diffuse avec salpingite double, lésions annexielles dont l'importance nécessitera vraisemblalement en temps opportun une intervention chirurgicale.

Obs. 111 (Métrite chronique, début *post partum*. Guérison depuis 3 ans. Début de grossesse).

L... Jeanne, 28 ans. Accouchement en 1914. Début de métrite dans les mois qui suivent l'accouchement. En 1917, traitée pour métrite chronique, 4 cautérisations au Néofilhos. Revient le 18 décembre 1919. Dernières règles le 7 octobre, début de grossesse, utérus gravide de 2 mois environ. Aucune

leucorrhée anormale, le col a un aspect normal, orifice linéaire très perméable. Revue le 19 février 1920, les signes de grossesse se confirment, utérus gravide de 4 mois environ, col mou, rose, d'aspect normal, signes positifs du côté des seins, saillies des tubercules de Montgommery, écoulement de colostrum.

Obs. 112 (Métrite chronique, début *post partum*. Guérison depuis 10 mois. Début de grossesse).

Multipare : a eu 5 enfants, le dernier il y a 3 ans. Traitée pour métrite chronique, datant de plusieurs années, en mars et avril 1919, 6 cautérisations au Néofilhos. Revue le 6 mars 1920. Dernières règles fin novembre. Début de grossesse, utérus gravide de 3 mois 1/2 environ.

Obs. 113 (Métrite chronique blennorrhagique Début de grossesse après la guérison).

Mme G..., 19 ans. Mariée en janvier 1919. Deux mois environ après son mariage leucorrhée épaisse jaune verdâtre, empesant le linge. Douleur dans le bas-ventre surtout à gauche. Les règles sont plus douloureuses. Vient à la consultation du service le 15 mai 1919. Métrite chronique légère sensibilité des annexes surtout à gauche. Ne pouvant prendre chez elle tout le repos nécessaire pendant la durée du traitement, demande à entrer dans le service. Traitée salle Bichat. 2 cautérisations au Néofilhos, le 15 et le 24 mai. Guérison le 6 juin.

Aucune leucorrhée glaireuse dans la cavité cervicale. Revue le 16 juin, le 18 juillet, le 18 août, le 19 septembre, la guérison persiste, aspect normal du col, orifice arrondi très perméable, les règles sont régulières, non douloureuses. Revue le 25 novembre. Bon état général, augmentation de poids de 4 kgrs, les dernières règles ont eu lieu le 19 octobre. Début de grossesse possible. Revue le 20 décembre. Utérus augmenté de volume. Utérus gravide de 6 semaines. Revue le 10 janvier 1920. Les signes de grossesse se confirment. Utérus gravide de 2 mois 1/2 signes positifs du côté des seins.

Obs. 114 (Métrite chronique début *post partum* Début de grossesse après la guérison).

H. Louise 17 ans. A eu déjà un enfant à l'âge de 14 ans. Traitée pour métrite chronique (début *post partum*) en juin et juillet 1919. 3 cautérisations au Néofilhos. Revue le 5 février 1920, dernières règles le 9 octobre 1919. Début de grossesse, utérus gravide de trois mois. Revue le 2 mars, utérus gravide de 4 mois. Revue le 27 mars les signes de grossesse, se confirment, signes positifs, très caractéristiques du côté des seins utérus gravide de 5 mois environ. Le col est mou, d'aspect normal, orifice arrondi qui apparaît parfaitement perméable.

Obs. 115 (Métrite chronique blennorrhagique. Pas de grossesse avant le traitement. Début de grossesse, depuis la guérison).

R... Madeleine, 23 ans. Mariée en 1918. Traitée pour métrite chronique blennorrhagique en août et septembre 1919. 4 cautérisations au Néofilhos. Revue 2 fois en octobre puis une fois chaque mois quelques jours après la fin des règles, la cavité cervicale ayant présenté après la fin du traitement un léger degré de sténose. Revue le 6 avril 1920, col normal. Une bougie d'Hégar n° 3 et n° 4 passe facilement. Revue le 8 mai. N'a pas ses règles vers le 26 avril date normale de ses règles. Les dernières règles sont du 28 mars au 2 avril. L'utérus est augmenté de volume et du côté des seins les signes de grossesse sont déjà très caractéristiques. Le col de l'utérus a un aspect normal, l'orifice apparaît perméable. Revue le 22 mai les signes de grossesse se confirment.

Obs. 116 (Métrite chronique blennorrhagique depuis 7 ans. Pas de grossesse avant le traitement. Depuis la guérison, début de grossesse immédiatement après la fin du traitement).

P..., Marguerite 34 ans. Mariée en 1913. Nullipare depuis 7 ans. Pas de fausse couche. Ne semble pas avoir

eu des symptômes aigus de blennorrhagie. Accuse seulemen une leucorrhée toujours assez abondante depuis son mariage, beaucoup plus abondante depuis un an. Depuis quelques mois avait des douleurs plus fréquentes dans le bas-ventre. Traitée pour métrite chronique en décembre 1919 et en janvier 1920, 3 cautérisations par le Néofilhos en décembre. Revue tous les huit jours en janvier. Guérison à la fin de janvier, col normal, cavité cervicale très perméable. Règles normales le 15 janvier, non douloureuses. Règles normales le 10 février. La guérison persiste. Revue le 23 mars. Très bon état général augmentation de poids de 8 kgrs. depuis la fin du traitement. Les règles toujours très régulières, pour la première fois ont manqué à la date normale vers le 10 mars ; l'utérus est augmenté de volume et semble gravide, début probable de grossesse. Revue le 15 avril et le 8 mai.

L'utérus a augmenté de volume, utérus gravide qui par son volume semble correspondre à une grossesse de 4 mois, signes positifs du côté des seins. Ecoulement de colostrum depuis une quinzaine de jours.

Obs. 117 (Métrite chronique, début *post partum* datant de 3 ans. Guérison depuis un an. Grossesse depuis la guérison, accouchement normal).

M. R..., vingt-quatre ans. Traitée de janvier en mai 1918 pour une métrite chronique dont le début remontait aux suites d'un 1er accouchement ayant eu lieu en mars 1915. 8 cautérisations au Néofilhos. Guérison complète et définitive au commencement de mai 1918. Revue vers la fin de juin 1918, dernières règles le 8 mai, début de grossesse, utérus gravide de un mois environ.

Accouchement normal le 13 février 1919 fait à la maternité de la Pitié, premières douleurs vers 7 h. du soir, accouchement spontané terminé vers minuit. Enfant vivant, né à terme, suites de couches normales.

Actuellement, revue le 10 avril 1919. Rien d'anormal à l'examen de l'utérus et des annexes, le col a un aspect normal malgré un accouchement récent, l'orifice est linéaire puisque cette femme est une multipare, ce col qui avait eu 8 cautérisations au Néofilhos ne présente aucune déchirure.

La cavité cervicale est très perméable, une bougie d'Hégar 3 et 4 passe facilement l'hystéromètre mesure 8 centimètres.

Obs. 118 (Métrite chronique blennorrhagique datant d'un an. Guérison depuis 2 ans. Grossesse depuis la guérison. Accouchement normal).

M. A... Léone, 21 ans. Mariée en novembre 1916. Quatre mois environ après son mariage, leucorrhée très abondante et persistante. Venue à la consultation du service du Dr Siredey en décembre 1917. Diagnostic : métrite chronique, annexite droite, 7 cautérisations au Néofilhos en décembre, janvier, février. Revue tous les quinze jours en mars et avril. Guérison en mai 1918. Les mois suivants, règles très régulières non douloureuses. Revue le 29 avril 1919. Dernières règles le 14 décembre, début de grossesse, utérus gravide de 4 mois 1/2 environ, le col a un aspect normal, orifice très perméable. Depuis un an, très bon état général, de taille moyenne, pèse actuellement 52 kgrs au lieu de 45 kgrs, poids antérieur au traitement.

Accouchement à terme le 30 août 1919, normal, fait par une sage-femme au domicile de la parturiente. Premières douleurs vers 3 heures de l'après-midi, contractions régulières, travail sans incident, accouchement spontané à 1 h. 40 du matin après délivrance normale terminée vers 2 heures du matin, enfant à terme, pesant 4 kgrs. Suites de couches normales. Revue le 11 novembre 1919. Utérus, en position normale, l'hystéromètre mesure 7 cent. 5, col rose, d'aspect normal, orifice circulaire sans déchirure latérale, très perméable, une bougie d'Hégar 3 et 4 passe très facilement. Très bon état général. Revue le 6 mai 1920. La guérison persiste. Même état local. Très bon état général. Augmentation de poids de 11 kgrs, pèse actuellement 56 kgrs.

Obs. 119 (Métrite chronique, début *post partum*. Guérison depuis 2 ans. Grossesse depuis la guérison. Accouchement normal).

Multipare. Traitée en mai et juin 1917 par le Dr Petitjean, 4 cautérisations au Néofilhos. Guérison en juillet 1917. L'orifice du col qui était linéaire avant le traitement par suite de

déchirures produites aux 2 accouchements précédents est devenue arrondie. Début de grossesse en décembre 1917. En septembre 1918, accouchement normal à terme, accouchement spontané très facile, suites de couches normales. Revue le 6 juin 1919. Le col est en parfait état, aspect rose, orifice circulaire sans aucune déchirure, d'une netteté parfaite.

Obs. 120 (Métrite chronique blennorrhagique datant de 2 ans. Pas de grossesse avant le traitement. Guérison depuis 7 ans. Deux grossesses depuis la guérison. Accouchement normal).

Mme L... Jeanne, 31 ans, employée aux P. T. T. Réglée à 11 ans. Règles normales, très régulières, tous les 27 ou 28 jours. Mariée le 1er juin 1911. Huit jours après son mariage, symptômes de blennorrhagie aiguë (urétrite et vulvo-vaginite), leucorrhée jaune verdâtre, si abondante, que la malade doit se garnir. Après une dizaine de jours, les symptômes aigus, démangeaisons, cuissons, brûlures à la miction, s'atténuent, mais la leucorrhée persiste très abondante et la malade souffre d'une douleur continue localisée surtout au milieu du bas-ventre. 1er traitement : pendant 2 mois, repos, injections antiseptiques (au permanganate de potasse ou à l'eau oxygénée), amélioration passagère. En 1912 : 2e traitement par un médecin spécialiste à Paris.

Cautérisation tous les 15 jours, pansement tous les 8 jours, injections vaginales tous les jours, ce traitement est suivi pendant trois mois, amélioration relative ; la leucorrhée persiste toujours plus ou moins abondante, la malade souffre peu mais d'une façon continue, l'état général décline ; lassitude générale, amaigrissement de plusieurs kgrs. En novembre 1912, 3e traitement : injections vaginales et pansements tous les jours. Ovule spécial appliqué par le médecin lui-même toutes les 3 semaines. Après 3 mois de ce traitement, la malade ne constatant aucune amélioration de son état local et de son état général cesse tout traitement.

En octobre 1913, souffrant davantage, crises douloureuses plus aiguës localisées surtout à gauche du bas-ventre vient à la consultation du service du Dr Siredey. Diagnostic : Métrite chronique. Salpingite gauche. Après un mois de repos absolu au lit, traitée par le Dr Petitjean : 5 cautérisa-

tions au Néofilhos. En novembre et décembre, pendant la durée des cautérisations, garde encore le repos absolu au lit. Revue trois fois en janvier. En février 1914 la guérison est complète et définitive : à la fin de février part à la campagne pendant 3 mois. Revue fin mai 1914 début de grossesse de 3 mois environ : nullipare depuis son mariage, le début de la grossesse a eu lieu immédiatement après la guérison. La guérison persiste toujours, aucune leucorrhée anormale. Très bon état général.

1er accouchement le 12 novembre 1914, normal, fait par une sage-femme chez la parturiente, qui était à ce moment dans sa famille, à la campagne dans l'Allier. En se levant, à 10 heures du matin, ressent quelques douleurs et constate une légère perte de sang ; continue néanmoins à faire sa toilette, levée; à 11 heures, rupture de la poche des eaux, l'expulsion a lieu spontanément à midi, après une délivrance spontanée, l'accouchement était terminé vers 1 heure de l'après-midi. Très bel enfant, fille pesant 3 kgr. 200. Suites de couches normales. Levée le 9e jour, a nourri son enfant pendant 10 mois, les règles reviennent normales.

Revient à la consultation du service le 22 novembre 1919. Depuis quatre ans, règles non douloureuses, très régulières tous les 26 ou 27 jours. Dernières règles du 14 au 18 juillet. Début de grossesse de 3 mois 1/2 environ. Aucun trouble génital depuis sa guérison: le col a un aspect normal, orifice arrondi, régulier, perméable.

2e accouchement, le 2 avril 1920. La rupture de la poche des eaux a eu lieu prématurément le 31 mars. Entre le 2 avril à 8 heures du matin à la maternité de l'hôpital Tenon. Petites douleurs. L'examen montre qu'il s'agit d'une O. I. G. A. la tête est très engagée, le col est incomplètement effacé. A 11 heures, dilatation de 5 francs, à 13 h. 15, dilatation complète, à 13 h. 45, accouchement spontané, à 8 mois 1/2 environ. Fille pesant 2.740 gr. Délivrance 520 gr. Après la délivrance, on remarque un léger suintement sanguin persistant. L'utérus est bien rétracté. Le toucher et l'examen à l'aide des valves fait découvrir une petite déchirure du col en arrière et à droite. Un simple tamponnement arrête cette légère hémorragie. Suites de couches normales, sort le 12 avril. Renseignements fournis par M. Bénit, interne du service de la Maternité.

CONCLUSIONS

I. Pratiqué selon une bonne technique, le traitement par le caustique de Filhos est d'une efficacité certaine ; il donne d'excellents résultats pour la guérison des métrites cervicales chroniques et surtout des métrites chroniques blennorrhagiques.

II. Sans être exempt de danger, ce traitement comporte en général très peu d'incidents. Les plus sérieux sont les réactions annexielles possibles ; elles se produisent principalement chez des malades atteintes de métrite chronique compliquée de lésions annexielles anciennes et le plus souvent chez des femmes qui n'ont pas observé le repos nécessaire.

L'atrésie résulte généralement d'une technique défectueuse ou d'une surveillance insuffisante due à la négligence des malades.

III. Le col, après la guérison, reprend son aspect normal ou presque normal, la conception devient possible, la grossesse suit son cours normal et l'accouchement se fait généralement sans complications spéciales.

IV. Le traitement chirurgical, en raison de ses dif-

ficultés techniques, n'est pas à la portée de tous les praticiens. Aussi, peut-on considérer les cautérisations par le caustique de Filhos, comme étant, actuellement, le traitement qui convient le mieux à la très grande majorité des métrites chroniques.

Vu : le Président de la thèse,
HARTMANN

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Faure (*J.-L.*) *et Siredey* (*A.*). — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale.

Le Dentu (*A.*) *et Delbet* (*Pierre*). — Nouveau traité de Chirurgie.

Forgue (*E.*) *et Massabuau* (*G.*). — Gynécologie.

Labadie-Lagrave (*F.*) *et Legueu*. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie.

Hartmann (*H.*). — Gynécologie opératoire.

Richelot (*G.*). — Chirurgie de l'utérus, du vagin et la vulve.

Pozzi (*S.*). — Traité de Gynécologie clinique et opératoire.

— Comptes rendus des séances de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie, 1900, 1901, 1903, 1904, 1905, 1906, 1908.

— Journal des Praticiens, mars 1916.

— Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 10 décembre 1919.

— La Gynécologie et la Semaine gynécologique des praticiens réunies, janvier 1920.

Macron. — Du caustique de Filhos dans les cervicites chroniques invétérées. Thèse de Paris, 1903-1904.

Lutaud. — Agglutination du col utérin pendant l'accouchement. Thèse de Paris, 1908.

Dubouchet. — Thèse de Paris, 1897.

Doléris. — Métrites et fausses métrites.

Siredey (*A.*). — Hygiène des maladies de la femme.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 4686-20